



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1 - Registro ANS 345695	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)	4 - Data da Autorização _/_/___/___	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha _/_/___/___	7 - Data de Emissão da Guia _/_/___/___
-----------------------------------	--	--	-----------	---	--

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Plano
10 - Validade da Carteira _/_/___/___	11 - Nome
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _/_/___/___	14 - Nome do Contratado
15 - Código CNES	
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional
18 - Número no Conselho	19 - UF
20 - Código CBO S	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Data/Hora da Solicitação _/_/___/___	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 _/_/___	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27- Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante	
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _/_/___/___	31 - Nome do Contratado
32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento
36 - Município	37 - UF
38 - Cód. IBGE	39 - CEP
40- Código CNES	
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional
43 - Número no Conselho	44 - UF
45 - Código CBO S	

Dados do Atendimento	
46-Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
48- Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito	

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	50 - Tempo de Doença _/_ - _/_ A-Anos M-Meses D-Dias

Procedimentos e Procedimentos em Série										
51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec. 60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1- _/_/___/___		a _/___:___								
2- _/_/___/___		a _/___:___								
3- _/_/___/___		a _/___:___								
4- _/_/___/___		a _/___:___								
5- _/_/___/___		a _/___:___								

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série									
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -					
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -					

64 - Observação									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
66 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	68-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69- Data e Assinatura do Prestador Executante			