



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

2- Nº

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Nº Guia Principal	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 de referência 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
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar _/_/_/_/___/___	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	45a - Grau de Participação _/_			

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

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- _/_/___/___	_:__:__	_:__:__	_/_	_/_						
2- _/_/___/___	_:__:__	_:__:__	_/_	_/_						
3- _/_/___/___	_:__:__	_:__:__	_/_	_/_						
4- _/_/___/___	_:__:__	_:__:__	_/_	_/_						
5- _/_/___/___	_:__:__	_:__:__	_/_	_/_						

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 Gerai da Guia R\$
65 - 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			