



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

2- Nº

1 - Registro ANS	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	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				47 - Indicação de Acidente	48- Tipo de Saída
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				<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	<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	50 -Tempo de Doença
49 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias

Procedimentos e Exames realizados						57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1-	51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição					
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 Geral da Guia R\$
------------------------------	---------------------------------	-------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89-Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--