

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

1 - Registro ANS	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 _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
--	---	--	--