

Logo da Empresa

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

2- Nº123456789012

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 <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 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 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 Saida <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-Águda C-Crônica		50 -Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos M-Meses D-Dias	
--	--	--	--

Procedimentos e Exames realizados

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\$	
------------------------------	--	---------------------------------	--	-------------------------	--	-----------------------------	--	------------------------	--	---------------------------------	--	------------------------------	--

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	
---------------------------------------	--	--	--	---	--	---	--

OPM Solicitados

72-Tabela	73-Código do OPM	74-Descrição OPM	75-Qtde.	76-Fabricante	77-Valor Unitário R\$
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					

OPM Utilizados

78-Tabela	79-Código do OPM	80-Descrição OPM	81-Qtde.	82- Código de Barras	83- Valor Unitário R\$	84-Valor Total R\$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						

85- Total OPM R\$