



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 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 | | | 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros | 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito |

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Consulta Referência | |
| 49 - Tipo de Doença | 50 - Tempo de Doença |
| A - Aguda C - Crônica | 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- | | | | | | | | | | | |
| 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\$ |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------------|

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| 68 - 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 |
|---------------------------------------|--|---|--|