



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

2- Nº

1 - Registro ANS 36.078-3	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
-------------------------------------	-----------------------	-------------------------	---------	----------------------------	-----------------------------

8 - Número da Carteira		9- Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------	--	----------	---------------------------	-----------	---

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 -				

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 Saida			
46-Tipo Atendimento				01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar				0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva								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\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

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

