



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

1 - Registro ANS 348732	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	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
9 - Plano	10 - Validade da Carteira ____/____/____
11 - Nome	

Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código do Contrato	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 do Contrato	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		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 - Retomo 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										
2										
3										
4										
5										

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série										
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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
---------------------------------------	--	---	--