



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

2-Nº



(01)407011(4)4

1 - Registro ANS 407011	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-Elativa <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
40a - Código na Operadora / CPF do Exec. Complementar _/_/___/___	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número do 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 - Consultas 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS Terapia Renal Substitutiva			<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	<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-	
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 RS	66 - Total Taxas e Aluguéis RS	67 - Total Materiais RS	68 - Total Medicamentos RS	69 - Total Diárias RS	70 - Total Gases Medicinais RS	71 - Total Geral da Guia RS
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 _/_/___/___			