



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

2- Nº

1 - Registro ANS 30209-1	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 referenciada e alto custo) _____
25-Tabela 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____	26- Código do Procedimento _____	27 - Descrição _____	28.Qt.Solic. 29-Qt.Autoriz. _____ _____ _____ _____

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 _____ 1- Remoção 2- Pequena Cirurgia 3- Terapia 4- Consulta 5- Exame 6-Atend. Domiciliar 7-SADT Internado 8-Quimioterapia 9-Radioterapia 10-TRS-Ter. Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente _____ <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48-Tipo de Saída _____ 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 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 (* quando houver)

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 ___/___/___
--	---	--	---