



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

2- N°

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia de Solicitação				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															
46 - Tipo Atendimento						47 - Indicação de Acidente				48- Tipo de Saída					
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-//		a													
2-//		a													
3-//		a													
4-//		a													
5-//		a													
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série															
1 -				3 -				5 -				7 -			
2 -				4 -				6 -				8 -			
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			