



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

2- Nº

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

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)
E-Eletiva U-Urgência/Emergência			

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
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
48- Tipo de Saída	
1 - Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito	

Consulta Referência	50 - Tempo de Doença
49 - Tipo de Doença	A-Anos M-Meses D-Dias
A-Aguda C-Crônica	

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