



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

1 - Registro ANS 345474		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-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 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	
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S		40- Código CNES	
Dados do Atendimento											
46-Tipo Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06-Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07- SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09-Radioterapia <input type="checkbox"/> 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva		47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros		48- Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1-Retorno <input type="checkbox"/> 2-Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3-Referência <input type="checkbox"/> 4-Internação <input type="checkbox"/> 5-Alta <input type="checkbox"/> 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	
1-____/____/____		a ____:____									
2-____/____/____		a ____:____									
3-____/____/____		a ____:____									
4-____/____/____		a ____:____									
5-____/____/____		a ____:____									
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\$	
____-____-____-____-____-____		____-____-____-____-____-____		____-____-____-____-____-____		____-____-____-____-____-____		____-____-____-____-____-____		____-____-____-____-____-____	
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 ____/____/____					

OPM Solicitados

72-Tabela	73-Código do OPM	74-Descrição OPM	75-Qtde.	76-Fabricante	77- Valor Unitário R\$
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					

78-Tabela 79-Código do OPM		80-Descrição OPM	81-Qtde.	82- Código de Barras	83- Valor Unitário R\$	84-Valor Total R\$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						

85- Total OPM R\$	
-------------------	--