



2- N°

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

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de 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 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 do Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

### Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data / Hora de Solicitação	22 - Caráter de Solicitação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência / Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica ( obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo )
---------------------------------	--	-------------	--

25 - Tabela	26 - Código de Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Dados do Contrato Executante

30 - Código na Operação / 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

46 - Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consultas <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 - Radiologia <input type="checkbox"/> 10 - TRS- Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente relacionado ao Trabalho   1 - Trânsito   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 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias
--	--

Procedimentos de Exame

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código de Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red./Acresc.	61 - Valor Unitário	62 - Valor Total
____/____/____	__:__:a__:	__:__:a__:	____	____	_____	____	__	__	____,____	____,____	____,____
____/____/____	__:__:a__:	__:__:a__:	____	____	_____	____	__	__	____,____	____,____	____,____
____/____/____	__:__:a__:	__:__:a__:	____	____	_____	____	__	__	____,____	____,____	____,____
____/____/____	__:__:a__:	__:__:a__:	____	____	_____	____	__	__	____,____	____,____	____,____
____/____/____	__:__:a__:	__:__:a__:	____	____	_____	____	__	__	____,____	____,____	____,____

63 - Data e Assinatura de Procedimento em Série											
____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____
____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____

64 - Observação											

65 - Total de Procedimento R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materias R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
____,____	____,____	____,____	____,____	____,____	____,____	____,____

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-	____	_____	____	_____	____,____						
10-	____	_____	____	_____	____,____						

OPM Utilizados											
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-	____	_____	____	_____	____,____	____,____					
10-	____	_____	____	_____	____,____	____,____					

85 - Total Opm R\$
_____

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Resposável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____