

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

1 - Registro ANS 41913-3	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 ☐ E-Eletiva 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 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	47 - Indicação de Acidente ☐ 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 A-Aguda 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	57-Qtd.	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 - _____	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 ____/____/____
---	--	---	---

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-						

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-							

85- Total OPM R\$