

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

1- Registro ANS ANS - 32726-3	3- Nº Guia Principal (Paciente Internado)	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data da 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 - Câter da Solicitação <input type="checkbox"/> E - Eletivo <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-Q. Solic.	29-Q. Autoriza.
1	_____	_____	____	____
2	_____	_____	____	____
3	_____	_____	____	____
4	_____	_____	____	____
5	_____	_____	____	____

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____	31 - Nome do Contratado	32 - TL	33-34-35 - Logradouro Número Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód IBGE	39 - CEP	40 - Cód CNES
--	-------------------------	---------	--	----------------	---------	---------------	----------	---------------

41 - Nome do Profissional Executante Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapia <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exames <input type="checkbox"/> 06 - Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SAD Internamento <input type="checkbox"/> 08 Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09 Radioterapia <input type="checkbox"/> 10 RS 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
--	---	---

Procedimentos e Procedimentos em Séries:

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Dia	58 - Dia	59 - Dia	60 - Dia	61 - Dia	62 - Dia
____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____

63 - Data e Assinatura dos Procedimentos em Séries

01-____/____/____	03-____/____/____	05-____/____/____	07-____/____/____	09-____/____/____
02-____/____/____	04-____/____/____	06-____/____/____	08-____/____/____	10-____/____/____

64 - Observações

65 - Total de Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materias R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Geral Medicinas R\$	71 - Geral da Guia R\$
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------	------------------------

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

OPM Solicitados

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

OPM Utilizados

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

Total OPM RS