

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

2- Nº

1 - Registro ANS 352888	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

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

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

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)
-------------------------------	--	-----------------------------	-------------	--

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

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

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-Retomo SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Procedimentos e Exames realizados		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
---------------------------------------	--	---	---