

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

2- Nº

|                            |                       |                         |           |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>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<br>01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar<br>07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva |  |  |  | 47 - Indicação de Acidente<br>0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |  |  |  | 48- Tipo de Saída<br>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 |  |

| 51-Data |  | 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 |