



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

2- Nº

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

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

Dados do Contratado Solicitante		15 - Código CNES	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado		

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	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 -				

Dados do Contratado Executante		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
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF										
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			47 - Indicação de Acidente			48- Tipo de Saída		
46-Tipo Atendimento								
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar			0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito		
07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva								

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

Procedimentos e Exames realizados						57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1-	51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição					
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
---------------------------------------	--	---	--