



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

SENHA- Nº

1 - Registro ANS 40.941-3		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			
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		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)					
		☐ E-Eletiva ☐ U-Urgência/Emergência									
25-Tabela		26- Código do Procedimento		27 - Descrição		28.Qt Solic. 29-Qt.Autoriz.					
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
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		47 - Indicação de Acidente		48- Tipo de Saída					
☐ 07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva				☐ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		☐ 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito					
Consulta Referência											
49 -Tipo de Doença		50 -Tempo de Doença									
☐ A-Aguda C-Crônica		☐ - ☐ A-Anos M-Meses D-Dias									
Procedimentos e Exames realizados											
51-Data		52-Hora Inicial		53-Hora Final		54-Tabela		55-Código do Procedimento		56-Descrição	
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											
53-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\$	
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					