



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

- SP/SADT

2- Nº

1 - Registro ANS 414450	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de 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 CRM	18 - Número no Conselho	19 - UF GO	20 - Código CBO S

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Data/Hora da Solicitação ____/____/____	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E-Eletiva U-	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								
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 CRM	43- Número no Conselho	44 - UF GO	45 -Código CBO S	45 a - Grau de Participação		

Dados do Atendimento		
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 <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48-Tipo de Saída 1- Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito

Consulta Referência	50 -Tempo de Doença
49 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> 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-____/____/____	____:____	____:____	a								
2-____/____/____	____:____	____:____	a								
3-____/____/____	____:____	____:____	a								
4-____/____/____	____:____	____:____	a								
5-____/____/____	____:____	____:____	a								

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 ____/____/____

