



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

1- Registro ANS **34.692-6** 3- Nº Guia Principal _____ 4- Data de Autorização _____ 5-Semana _____ 6- Data Validade da Semna _____ 7- Data de Emissão da Guia _____

Dados do Beneficiário
8- Número da Carteira _____ 9- Pleno _____ 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- Caracter da Solicitação _____ 23- CD 10 _____ 24- Indicação Clínica (obligatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) _____
25- Tabela 26- Código do Procedimento _____ 27- Descrição _____ 28- Ql.Solic 29- Ql. Autoriz. _____

Dados do Contratado Executante
30- Código na Operadora / CNPJ / CPF _____ 31- Nome do Contratado _____ 32- TL _____ 33-34-35- Logradouro - Número - Complemento _____ 36- Município _____ 37- UF _____ 38- Cód. BGE _____ 39- CEP _____ 40- Código ONES _____
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 _____ 46a - Grau de Participação _____

Dados do Atendimento
46- Tipo Atendimento _____ 47- Indicação de Acidente _____ 48- Tipo de Saúde _____
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar
07- SAD T Internado 08 - Quiroterapia 09- Radioterapia 10- FRS- Terapia Renal Substitutiva

Consulta Referência
49- Tipo de Doença _____ 50- Tempo de Doença _____ 51- A- Aguda C- Crônica _____ 52- A- Anos M- Meses D- Dias _____

Procedimentos e Exames realizados

53- Data	54- Tabela	55- Hora Inicial	56- Hora Final	57- Descrição	58- Via	59- Tec	60- % Red. / Acresc.	61- Valor Unitário - RS	62- Valor Total - RS
1- / /									
2- / /									
3- / /									
4- / /									
5- / /									

63- Data e Assinatura de Procedimentos em Série _____ 3 - / / _____ 5 - / / _____ 7 - / / _____ 9 - / / _____
2 - / / _____ 4 - / / _____ 6 - / / _____ 8 - / / _____ 10 - / / _____

64- Observação _____

65 - Total Procedimentos RS _____ 66 - Total taxas e Aluguéis RS _____ 67- Total Materiais RS _____ 68 - Total Medicamentos RS _____ 69- Total Diárias RS _____ 70- Total Gases Medicinais RS _____ 71 - Total Geral da Guia RS _____

68- Data e Assinatura do Solicitante _____ 69- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _____ 70- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ 71- Data e Assinatura do Prestador Executante _____