

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

1 - Registro ANS \_\_\_\_\_

3 - Número da Guia Principal \_\_\_\_\_

4 - Data da Autorização \_\_\_\_\_

5 - Senha \_\_\_\_\_

6 - Data de Validade da Senha \_\_\_\_\_

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora \_\_\_\_\_

8 - Número da Carteira \_\_\_\_\_

9 - Validade da Carteira \_\_\_\_\_

10 - Nome \_\_\_\_\_

11 - Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_

12 - Atendimento a RN \_\_\_\_\_

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora \_\_\_\_\_

14 - Nome do Contratado \_\_\_\_\_

15 - Nome do Profissional Solicitante \_\_\_\_\_

16 - Conselho Profissional \_\_\_\_\_

17 - Número no Conselho \_\_\_\_\_

18 - UF \_\_\_\_\_

19 - Código CBO \_\_\_\_\_

20 - Assinatura do Profissional Solicitante \_\_\_\_\_

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento \_\_\_\_\_

22 - Data da Solicitação \_\_\_\_\_

23 - Indicação Clínica \_\_\_\_\_

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora \_\_\_\_\_

30 - Nome do Contratado \_\_\_\_\_

31 - Código CNES \_\_\_\_\_

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento \_\_\_\_\_

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) \_\_\_\_\_

34 - Tipo de Consulta \_\_\_\_\_

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento \_\_\_\_\_

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF \_\_\_\_\_

51 - Nome do Profissional \_\_\_\_\_

52 - Conselho Profissional \_\_\_\_\_

53 - Número no Conselho \_\_\_\_\_

54 - UF \_\_\_\_\_

55 - Código CBO \_\_\_\_\_

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

4 - \_\_\_\_\_

5 - \_\_\_\_\_

6 - \_\_\_\_\_

7 - \_\_\_\_\_

8 - \_\_\_\_\_

9 - \_\_\_\_\_

10 - \_\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa \_\_\_\_\_

59 - Total de Procedimentos (R\$) \_\_\_\_\_

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) \_\_\_\_\_

61 - Total de Materiais (R\$) \_\_\_\_\_

62 - Total de OPIME (R\$) \_\_\_\_\_

63 - Total de Medicamentos (R\$) \_\_\_\_\_

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) \_\_\_\_\_

65 - Total Geral (R\$) \_\_\_\_\_

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização \_\_\_\_\_

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável \_\_\_\_\_

68 - Assinatura do Contratado \_\_\_\_\_