



Guia de Solicitação e de Realização de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT

1 - Registro ANS 32058-7	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia	2- N°
------------------------------------	-----------------------	-------------------------	---------	----------------------------	-----------------------------	-------

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

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)
	<input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> 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		47 - Indicação de Acidente	48- Tipo de Saída
46-Tipo Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06-Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09-Radioterapia <input type="checkbox"/> 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	<input type="checkbox"/> 1 - Retorno <input type="checkbox"/> 2 - Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3 - Referência <input type="checkbox"/> 4 - Internação <input type="checkbox"/> 5 - Alta <input type="checkbox"/> 6 - Óbito

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
<input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	<input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias

Procedimentos e Exames realizados											
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-											
2-											
3-											
4-											
5-											

63-Data e Assinatura de Procedimentos em SGT									
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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
---------------------------------------	--	---	---



2- N"

1 - Registro ANS
32058-73 - Data de Emiss^o da Guia
____/____/____

GUIA DE CONSULTA

Dados do Benefici^{rio}4 - N^omero da Carteira

5 - Plano

6 - Validade da Carteira

7 - Nome

8 - N^omero do Cart^o Nacional de Sa^ude

Dados do Contratado

9 - C^odigo na Operadora / CNPJ / CPF

10- Nome do Contratado

11 - C^odigo CNES

12-T.L

13-14-15 - Logradouro - N^omero - Complemento16 - Munic^{ip}io

17 - UF

18 - C^odigo IBGE

19 - CEP

20 - Nome do Profissional Executante

21 - Conselho Profissional

22-N^omero no Conselho

23 - UF

24 - C^odigo CBO SHip^oteses Diagn^osticas25 -Tipo de Doen^{ça}26 -Tempo de Doen^{ça}27 - Indica^ço de Acidente____ A-Aguda C-Cr^onica

____ - ____ A-Anos M-Meses D-Dias

____ 0 - Acidente ou doen^{ça} relacionado ao trabalho 1 - Tr^{ans}ito 2 - Outros

28 - CID Principal

29 - CID (2)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento

33-Codigo Tabela

34-C^odigo Procedimento

35 - Tipo de Consulta

____ - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pr^oNatal36 - Tipo de Sa^{id}a____ - 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Refer^{en}cia 4-Interna^ço 5-Alta37 - Observa^ço38-Data e Assinatura do M^odico

____/____/____

39-Data e Assinatura do Benefici^{rio} ou Respons^{avel}

____/____/____

ORIENTA^ço AO PRESTADOR / BENEFICI^{rio} RIO:1- Os campos N^o O HACHURADOS (n^o o sombreados) s^o de preenchimento OBRIGAT^oRIO.A aus^{en}cia de informa^ço nesses campos poder^o implicar o n^o o pagamento da guia e/ou devolu^ço para regulariza^ço;2- A solicita^ço de revis^o de glosas \emptyset de at \emptyset 60 (sessenta) dias ap^os a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas ser^o o consideradas aceitas pelo credenciado."Os usu^{arios} das empresas em que haja co-participa^ço est^o o cientes de que a sua participa^ço ser^o descontada em folha de pagamento."