

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da ____/____/____
------------------	--

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira _____	5 - Plano	6 - Validade da Carteira ____/____/____
---------------------------------	-----------	--

7 - Nome	8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____
----------	---

Dados do Contratado

9 - Código da Operadora/CNPJ/CPF _____	10 - Nome do Contratado	11 - Código CNES
---	-------------------------	------------------

12 - T. L.	13 - 14 - 15 - Logradouro - Número - Complemento	16 - Município	17 - UF	18 - Cód. IBGE	19 - CEP
------------	--	----------------	---------	----------------	----------

20 - Nome do Profissional Executante	21 - Conselho	22 - Número do Conselho	23 - UF	24 - Código CBOS
--------------------------------------	---------------	-------------------------	---------	------------------

Hipótese Diagnóstica

25 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	26 - Tempo de Doença ____-____-____    A - Anos    M - Meses    D - Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou Doença relacionada ao Trabalho    1 - Trânsito    2 - Outros
--	---	---

28 - CID 10 Principal _____	29 - CID 10 (2) _____	30 - CID 10 (3) _____	31 - CID 10 (4) _____
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dados do Atendimento / Procedimento

32 - Data do Atendimento ____/____/____	33 - Código da Tabela _____	34 - Código do Procedimento _____
--	--------------------------------	--------------------------------------

35 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> 1 - Primeira    2 - Seguimento    3 - Pré-Natal	36 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno    2 - Retorno SADT    3 - Referência    4 - Internação    5 - Alta
---	--

37 - Observação

38 - Data e Assinatura do Médico ____/____/____	39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____
--	---

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR:

1. O prazo de entrega de guias para cobrança é de até 90 (noventa) dias após a data do
2. O prazo para solicitação de revisão de pagamento é de até 30 (trinta) dias após a data do pagamento.





# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N° 17950119

1 - Registro Ans	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data de 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	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

### DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTO E EXAMES

21 - Data/Hora da Solicitação ____/____/____:____	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID _____	24 - Indicação Clínica
--	---	-------------------	------------------------

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Qtd.Solic.	29-Qtd.Autor.
1- _____	_____	_____	____	____
2- _____	_____	_____	____	____
3- _____	_____	_____	____	____
4- _____	_____	_____	____	____
5- _____	_____	_____	____	____

### DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF _____	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log.	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
--	-------------------------	--------------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

40 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO	45 a - Grau de Participação _____
---	---	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	--------------------------------------

46 - Tipo de 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 ____	0 - Acidente ou doenças 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 DO ATENDIMENTO

49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	50 - Tempo de Doença ____/____/____ 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	57-Qde.	58-Via	59-Tec	60-% Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____

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

64 - Observação Fone do Prestador: _____	AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR À OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO. _____ <small>Assinatura do Usuário / Representante</small>
--	---

65 - Total Procedimento - 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 ____/____/____