TSTSAÚDE

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

2- Nº

1 - Registro ANS	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	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)
__/__/____ __:__	_ **E**-Eletiva **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

46-Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48- Tipo de Saída
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	**0** - Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1** - Trânsito **2** - Outros	- **1**-Retorno **2**-Retorno SADT **3**-Referência **4**-Internação **5**-Alta **6**-Óbito

Consulta Referência

49 -Tipo de Doença	50 -Tempo de Doença
A-Aguda **C**-Crônica	- **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-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
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____