

1 - LOGO DA EMPRESA <small>ANS Nº</small>	Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP / SADT)	2 - Nº da Guia
---	---	-----------------------

3 - Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> Remoção <input type="checkbox"/> Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> Terapias <input type="checkbox"/> Procedimentos em Série <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> SADT Internado	4 - Caráter <input type="checkbox"/> Urgência/Emergência	Guia de Principal 5 - Código/Número
---	--	---

Dados do Beneficiário		
6 - Número do Cartão	7 - Nome	8 - Validade do Cartão
9 - Plano		10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
11 - Titular		

Dados do Prestador		
12 - Código (na Operadora)	13 - Nome	14 - Número do CNES
15 - Endereço		
16 - Bairro	17 - Cidade	18 - UF

Dados do Solicitante			
19 - Nome	20 - Conselho	21 - Número do Conselho	22 - CBO

Observações	
23 - Indicação Clínica	24 - Tipo da Doença <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica
	25 - Tempo de evolução Anos Meses Dias
	26 - Indicador de Acidente <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito
27 - Hipóteses Diagnósticas	28 - Código da Doença CID Principal CID (2) CID (3) CID (4)

Procedimentos e Exames								
29 - Código	30 - Data Procedimento / Exame	31 - Descrição	32 - Via de Acesso	33 - Técnica Utilizada (1 - Tradi. e 2 - Video.)	34 - % Redução / Acréscimo	35 - Qtd. Autorizada	36 - Qtd. Realizada	37 - Valor

Dados da Autorização

38 - Data	39 - Senha	40 - Validade da Senha	41 - Autorizado por (Nome do Funcionário da Operadora)
-----------	------------	------------------------	--

Dados do Atendimento

Valor Total						
42 - Serviço Executado	43 - Taxas	44 - Diárias	45 - Materiais	46 - Medicamentos	47 - Gases	48 - Total Geral

49 - Data do Atendimento	50 - Hora do Atendimento	51 - Tipo de Saída [] Encaminhamento [] Alta
--------------------------	--------------------------	---

A lista de honorários dos serviços executados dos materiais, medicamentos, taxas e gases medicinais utilizados, deverão ser anexadas a essa guia, bem como os documentos comprobatórios (laudos etc.)

Assinatura Beneficiário / Responsável

Procedimentos em Série			
52 - Data	53 - Assinatura	52 - Data	53 - Assinatura
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

Usuário, assine apenas na data da realização do serviço

Procedimento Simples		55- Carimbo de Autorização da operadora
54 - Data	55 - Assinatura	

Usuário, assine apenas ao final do atendimento

Assinatura Prestador

57 - Data	58 - Assinatura
-----------	-----------------