UMA MARCA ALVORECER

Blue Med SAÚDE

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

2. Nº

☐ Preenchimento obrigatório
☐ Preenchimento facultativo

1. registro ANS	3. nº Guia Principal	4. Data da autorização	5. Senha	6. Data validade da senha	7. Data emissão da guia
34.480-0		__/__/____		__/__/____	__/__/____

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 da operadora / CNPJ / CPF	14. Nome do contratado	15. Código CNES

16. Nome do profissional solicitante	17. Conselho profissional	18. Número do 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 (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta e referenciada e alto custo)
__/__/__ __:__	☐ **E** - eletiva **U** - Urgência / Emergência		

25. Tabela	26. Código do procedimento	27. Descrição	28. Qtd. solic.	29. Qtd. 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. Cód. 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.** Peq. cirurgia **03.** Terapias **04.** Consulta **05.** Exame **06.** Atend. domiciliar **07.** SADT internado **08.** Quimioterapia **09.** Radioterapia **10.** TRS - Terapia Renal Subst.	☐ **0** - Acidente ou doença relacionada 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.Qtd.	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 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
__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__