



**TISS - RN 114 ANS**  
**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

1 - Registro ANS <b>41.951-6</b>	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data Emissão da Guia ____/____/____
-------------------------------------	--	---	-----------	--	--

<b>Dados do Beneficiário</b>				
8 - Número da Carteira _____	9 - Plano _____	10 - Validade da Carteira ____/____/____	11 - Nome _____	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
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 _____

<b>Dados da Solicitação Procedimentos e Exames Solicitados</b>			
21 - Data/Hora da Solicitação ____/____/____ ____:____	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 _____	24 - Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) _____

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

<b>Dados do Contratado Executante</b>								
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 ____		

<b>Dados do Atendimento</b>		
46 - Tipo do Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequenas Cirurgias <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	47 - Indicação de Acidentes <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	48 - Tipo de Saída <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

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

<b>Procedimentos e Procedimentos em Série</b>											
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 ____:____	____:____	_____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____

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

<b>64 - Observação</b> _____ _____									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante ____/____/____
---	--	---	--

**OPM Solicitados**

72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário
1-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
2-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
3-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
4-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
5-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
6-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
7-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
8-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□
9-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□

**OPM Utilizados**

78 - Tabela	79 - Código da OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário	84 - Valor Total
1-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
2-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
3-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
4-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
5-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
6-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
7-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
8-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□
9-	□□□□□□□□□□	_____	□□	_____	□□□□□□,□□	□□□□□□,□□

**85 - Total OPM R\$**