

2 - Nº Guia no Prestador: _____

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização / /	5-Senha	6 - Data Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	-----------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------------	---------------------------------------------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9- Validade da Carteira / /	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter da Solicitação	22 - Data da Solicitação / /	23 - Indicação Clínica
-----------------------------	---------------------------------	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solicit	28 - Qtde. Aut
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35- Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./ Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
1 -	/ /	:	:							,	,	,
2 -	/ /	:	:							,	,	,
3 -	/ /	:	:							,	,	,
4 -	/ /	:	:							,	,	,
5 -	/ /	:	:							,	,	,

48 - SEQ. REF	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CFP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	Código CBO

56-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 -	/ /	3 -	/ /	5 -	/ /	7 -	/ /	9 -	/ /
2 -	/ /	4 -	/ /	6 -	/ /	8 -	/ /	10 -	/ /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61- Total Materiais R\$	62 - Total de OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65-Total Geral R\$
------------------------------	---------------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------------------	--------------------

66 - Assinatura do Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**1 OBJETIVO**

- 1.1** A Guia de Serviços Profissionais / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção ou pequena cirurgia ou terapias ou consulta ou exames ou atendimento domiciliar ou SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS). Compreende os processos de autorização, desde necessária, e de execução dos serviços. A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT. A opção "SADT internado" deve ser utilizada quando o paciente em tratamento sob regime de internação necessitar realizar exames ou terapias em serviço

2 NORMA**2.1 GESTOR**

- 2.1.1** GESAD - GN Saúde CAIXA.

2.2 VINCULAÇÃO

- 2.2.1** Manual Normativo: [RH166](#).

2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO

- 2.3.1** Formulário Eletrônico disponível:
- por meio de *download* clicando no *link*: [MO21204009](#).

2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS

- 2.4.1** O modelo é preenchido em 1 via pelo prestador de serviço do Saúde CAIXA.

2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO

- 2.5.1** CESAD – CN Saúde CAIXA.

2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO

- 2.6.1** MO21204 008, de imediato.

2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO

- 2.7.1** O modelo é arquivado por 5 anos.

2.8 GRAU DE SIGILO

- 2.8.1** #Público.

- 2.8.2** Por se tratar de modelo no padrão definido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) o formulário deste MO não contém o campo "Grau de sigilo".

2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

- 2.9.1** Alteração dos mandatos das unidades conforme publicação da nova versão do OR005.

2.10 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

- 2.10.1** Tipo de modelo: formulário eletrônico

- 2.10.2** Impressão/Tipo de papel: anterior e posterior ao preenchimento, em papel A4 - mod. 71.139.

- 2.10.3** Formato do modelo: 297 mm (largura) x 210 mm (altura).

3 PROCEDIMENTOS

3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

3.1.1 Os campos do modelo são autoexplicativos.