STJ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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
00000000000000000000000000000	|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|	|_X_|_X_| / |_X_|_X_| / |_X_|_X_|	XXXXXXXXXXXXXXXXXXX	|_X_|_X_| / |_X_|_X_| / |_X_|_X _|	|___|___| / |___|___| / |___|___|

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9- Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
	PRÓ-SER / STJ	|___|___| / |___|___| / |___|___|		|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|X|_X_|_X_|

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES
		XXXXXXXXXXXXXXX

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
				XXXXXXXXXXXXX

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica
|___|___| / |___|___| / |___|___| |___|___|:|___|___|	|___| 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 |___|___|
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

47 - Indicação de Acidente |___| 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48- Tipo de Saída |___| - 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		|_X_|_X_|								
2-	a		|_X_|_X_|								
3-	a		|_X_|_X_|								
4-	a		|_X_|_X_|								
5-	a		|_X_|_X_|								
6-	a		|_X_|_X_|								
7-	a		|_X_|_X_|								

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 - ___/___/___ 2 - ___/___/___ 3 - ___/___/___ 4 - ___/___/___
5 - ___/___/___ 6 - ___/___/___ 7 - ___/___/___ 8 - ___/___/___
9 - ___/___/___ 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$
|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|,|_X_|_X_|	|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|,|_X_|_X_|	|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|,|_X_|_X_|	|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|,|_X_|_X_|	|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|,|_X_|_X_|	|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|_X_|,|_X_|_X_|	|___|___|___|___|___|___|___|___|,|___|___|

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
|___|___|/|___|___|/|___|___|		|___|___|/|___|___|/|___|___|	|___|___|/|___|___|/|___|___|