PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Auditoria e Regulação em Saúde
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SADT/SUS

SUS Sistema Único de Saúde

Nº _____

1 - Nº da Unidade	2 - Nº FAA	3 - Data da Autorização	4 - Nº APAC	5 - Data de Início/APAC	6 - Data de Término/APAC	7 - Senha da Central (CMR)	Responsável pelo Agendamento

Dados do Usuário

8 - Nome do Usuário	9 - Data de Nascimento	10 - Nº CPF	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12- Sexo	13 - Raça/Cor	14 - Nome da Mãe	15 - Endereço (Rua, Número)

16 - Bairro	17 - Cidade	18 - Código IBGE	19 - UF	20 - Nº Telefone	21 - Nº Telefone Celular
	UBERABA	317010	MG		

Dados do Estabelecimento Solicitante

22 - Código da Central Municipal de Regulação	23 - Nome do Estabelecimento Solicitante	24 - Código CNES
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		

25 - Nome do Profissional Solicitante	26 - Conselho Profissional	27- Número no Conselho	28- UF	29- Código CBO S

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

30 - Data/Hora da Solicitação	31 - Caráter da Solicitação	32 - CID 10	33 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
|__|__| / |__|__| / |__|__| |__|__|:|__|__|	|__| **E**-Eletiva **U**-Urgência/Emergência	|__|__|__|__|__|	

34-P. Principal	35- Código do Procedimento	36- Descrição	37.Qt.Solic.	38-Qt.Autoriz.
1 - |__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|
2 - |__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|
3 - |__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|
4 - |__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|
5 - |__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|

Dados do Contratado Executante

39 - Código na Central Municipal de Regulação	40 - Nome do Estabelecimento Executante	41-T.L.	42-43-44-Logradouro - Número - Complemento	45 - Município	46 - UF	47 - Cód. IBGE	48 - CEP	49- Código CNES

49a - CPF do executante complementar	50 - Nome do Profissional Executante/Complementar	51 - Conselho Profissional	52 - Número no Conselho	53 - UF	54 - Código CBO S	54a - Grau de Participação
						|__|__|

Dados do Atendimento

55 -Tipo Atendimento	56 - Indicação de Acidente	57- Tipo de Saída
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	|__| **0** - Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1** - Trânsito **2** - Outros	|__| - **1**-Retorno **2**-Retorno SADT **3**-Referência **4**-Internação **5**-Alta **6**-Óbito

Consulta Referência

58 -Tipo de Doença	59 -Tempo de Doença	60 - Últimos Exames:
|__| **A**-Aguda **C**-Crônica	|__|__| - |__| **A**-Anos **M**-Meses **D**-Dias	

Procedimentos e Exames realizados

	61-Data	62-Hora Inicial	63-Hora Final	64-Tabela	65-Código do Procedimento	66-Descrição	67-Qtde.	68-Via	69-Tec.	60% Red. / Acresc.	70-Valor Unitário - R$	71-Valor Total - R$
1-	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|
2-	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|
3-	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|
4-	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|
5-	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|

72 - Observação

73 - Data, Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante	74- Data, Assinatura e Carimbo do Estabelecimento Executante	75-Data e Assinatura do Usuário ou Responsável	76- Data, Assinatura e Carimbo do Autorizador
|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|