



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

2- Nº Guia no Prestador

1-Registro ANS <b>324477</b>	3 - Número da Guia Principal
---------------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	---------	-------------------------------	---------------------------------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
			12- Atendimento a RN

<b>Dados do Solicitante</b>	
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	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---------------------------------------------

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica

24-Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1-				
1-				
3-				
4-				
5-				

<b>Dados do Contratado Executante</b>	
9 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES	

<b>Dados do Atendimento</b>			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
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-											

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>							
48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

<b>56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>									
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-

<b>58-Observação / Justificativa</b>									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------