



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-Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------	---------	--------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteirinha	10- Nome	11- Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento RN

Dados do Contratante	
13- Código na Operadora / CNPJ / CPF	14- Nome do Contratado

15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional IbConselh	17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------	---------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21- Caráter de Atendimento	22- Data/ Hora da Solicitação	23- Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

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

Dados do Contratado Executante	
29-Código na Operadora	30-Nome Contratado
31-Cód. 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-											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
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

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

58-Observação / Justificativa					
-------------------------------	--	--	--	--	--

59- Total Procedimentos R\$ IbTotProc	60- Total Taxas e Aluguéis R\$ IbTotTaxa	61- Total Materiais R\$ IbTotMat	62- Total de OPME (R\$)	63- Total Medicamentos R\$ IbTotMed	64- Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral da Guia R\$ IbValT
--	---	-------------------------------------	-------------------------	--	--------------------------------	--

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