



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

Avenida Indianópolis, 1597 - Indianópolis
CEP: 04063-003 - São Paulo/SP - Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresariaisauade.com.br

1 - Registro ANS **41449-2** 3 - Número da Guia Principal _____ 2- Nº Guia no Prestador _____

4 - Data da Autorização _____ 5-Senha _____ 6 - Data de 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 _____ 20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento _____ 22 - Data da Solicitação _____ 23 - Indicação Clínica _____

24-Tabela Aut.	25-Código do Procedimento ou Item Assistencial	26- Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde.
1- _____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

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- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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- _____ 3- _____ 5- _____ 7- _____ 9- _____

2- _____ 4- _____ 6- _____ 8- _____ 10- _____

58-Observação / Justificativa

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 _____