



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 366871		3 - Número Guia Principal																			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido 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 e Exames Solicitados																					
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica																		
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 do Contratado							31 - Código CNES.											
Dados do Atendimento																					
32 - Tipo 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 (s) 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 Procedimento em Série										57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
2- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
58 - Observação / Justificativa																					
59 - Total Procedimentos (R\$)										60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
_____										_____		_____		_____		_____		_____		_____	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					68 - Assinatura do Contratado											