



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 378216	3 - Número da Guia Principal _____
----------------------------	---------------------------------------

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 _____
--	---	--