



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

2- Nº Guia no Prestador _____

ANS - nº 345695

1 - Registro ANS _____ 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. _____

01- _____ 02- _____ 03- _____

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-Téc.	45- Fator Red/ Acres	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- _____

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

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 _____