

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

2- N° Guia no Prestador:



<b>1-Registro ANS</b>	<b>3-Número da Guia Principal</b>	<b>4-Data da Autorização</b>	<b>5-Senha</b>	<b>6-Data da Validade da Senha</b>	<b>7-Número da Guia Atribuído pela Operadora</b>
345474					

Dados do Beneficiário

<b>8-Número da Carteira</b>	<b>9-Validade da Carteira</b>	<b>10-Nome</b>	<b>11-Cartão Nacional de saúde</b>	<b>12-Atendimento a RN</b>

Dados do Solicitante

<b>13-Código na Operadora</b>	<b>14-Nome do Contratado</b>

<b>15-Nome do Profissional Solicitante</b>	<b>16-Conselho Profissional</b>	<b>17-Número no conselho</b>	<b>18-UF</b>	<b>19-Código CBO</b>	<b>20-Assinatura do Profissional solicitante</b>

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

<b>21-Caráter do Atendimento</b>	<b>22-Data da Solicitação</b>	<b>23-Indicação Clínica</b>

<b>24-Tabela</b>	<b>25-Código do Procedimento</b>	<b>26-Descrição</b>	<b>27-Qtde. Solic.</b>	<b>28-Qtde. Aut.</b>
------------------	----------------------------------	---------------------	------------------------	----------------------

1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante

<b>29-Código na Operadora</b>	<b>30-Nome do Contratado</b>	<b>31-Código CNES</b>

Dados Atendimento

<b>32-Tipo de Atendimento</b>	<b>33-Indicação de Acidente ou doença relacionada</b>	<b>34-Tipo de Consulta</b>	<b>35-Motivo de Encerramento do Atendimento</b>

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

<b>36-Data</b>	<b>37-Hora Inicial</b>	<b>38-Hora Final</b>	<b>39-Tabela</b>	<b>40-Código</b>	<b>41-Descrição</b>	<b>42-Qtde</b>	<b>43-Via</b>	<b>44-Tec.</b>	<b>45-Fator Red./Acresc.</b>	<b>46-Valor Unitário (R\$)</b>	<b>47-Valor Total (R\$)</b>
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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

<b>48-Seq.Ref</b>	<b>49-Grau Part.</b>	<b>50-Código na Operadora/CPF</b>	<b>51-Nome do Profissional</b>	<b>52-Conselho Profissional</b>	<b>53-Número no Conselho</b>	<b>54-UF</b>	<b>55-Código CBO</b>

**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**

<b>59-Total de Procedimentos (R\$)</b>	<b>60-Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</b>	<b>61-Total de Materiais (R\$)</b>	<b>62-Total de OPME (R\$)</b>	<b>63-Total de Medicamentos (R\$)</b>	<b>64-Total de Gases Medicinais (R\$)</b>	<b>65-Total Geral (R\$)</b>

<b>66-Assinatura do Responsável pela Autorização</b>	<b>67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>

<b>68-Assinatura do Contratado</b>