



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

2 - Nº Guia no Prestador

1-Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12- Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
8 - Número da Carteira	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24-Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1- / /	/ /	/ /	1- / / / /	/ / / /	/ / / /	/ /	/ /
2- / / / /	/ /	/ /	1- / / / /	/ / / /	/ / / /	/ /	/ /
3- / / / /	/ /	/ /	3- / / / /	/ / / /	/ / / /	/ /	/ /
4- / / / /	/ /	/ /	4- / / / /	/ / / /	/ / / /	/ /	/ /
5- / / / /	/ /	/ /	5- / / / /	/ / / /	/ / / /	/ /	/ /

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado
9 - Código na Operadora		/ / / / / / / / / /

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento		/ /	/ / / / / / / / / /

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42- Qtdde.	43-Via 44- Rec.	45- Fator Red. Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	/ / / / / / / / / /
1- / / / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
2- / / / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
3- / / / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
4- / / / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
5- / / / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		51- Nome do Profissional	52- Conselho Profissional	53- Número no Conselho	54-UF	55- Código CBO
48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ /	/ / / / / / / / / /

56-Data de Realização de Procedimentos em Série		57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- / / / / / / / / / /	3- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
2- / / / / / / / / / /	4- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	5- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	6- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	7- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	8- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	9- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / /	10- / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

58-Observação / Justificativa		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
/ / / / / / / / / /		/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /