CASF
DESDE 1982

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

2 - Nº Guia Prestador :

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 e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
__	__/__/____	

24-Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
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-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____		_____	__	__	__,__	_____,__	_____,__
2-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____		_____	__	__	__,__	_____,__	_____,__
3-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____		_____	__	__	__,__	_____,__	_____,__
4-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____		_____	__	__	__,__	_____,__	_____,__
5-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____		_____	__	__	__,__	_____,__	_____,__

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