



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 342408		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 RM												
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		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		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 -																				
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												

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR :

1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;

2- A solicitação de revisão glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado