



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3263105	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	12 - Atendimento a RN
------------------------	-----------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho
15 - Nome do Profissional Solicitante	18 - UF	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------	--

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	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 Procedimento em Série

1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

58 - O bservação / 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

66 - Assinatura do Responsável	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--------------------------------	--