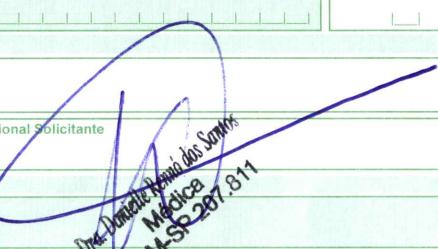




GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- N°

1718126

1 - Registro ANS 3.3.4.1.5.4	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 <i>Valdeirino Delfim de Sousa</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde ____						
Dados do Solicitante							
13 - Código na Operadora ____	14 - Nome do Contratado ____						
15 - Nome do Profissional Solicitante ____	16 - Conselho Profissional 1016						
17 - Número no Conselho ____	18 - UF ____						
19 - Código CBO ____	20 - Assinatura do Profissional Solicitante  <i>Valdeirino Delfim de Sousa</i> CRM-SP 207.811						
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 <i>Solicito ambulância Simples</i>						
27-Qtde. Solic. ____	28-Qtde. Aut. ____						
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora ____	30 - Nome do Contratado ____						
31 - Código CNES ____	32 - Tipo de Atendimento ____						
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____	34 - Tipo de Consulta ____						
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento ____	36-Data ____/____/____						
37-Hora Inicial ____:____ a ____:____	38-Hora Final ____:____ a ____:____						
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\$) ____	____						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
48-Seq. Ref ____	49-Grau Part. ____	50-Código na Operadora/CPF ____	51-Nome do Profissional ____	52-Conselho Profissional ____	53-Número no Conselho Profissional ____	54-UF ____	55-Código CBO ____
56-Data de Realização de Procedimentos em Série		57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	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 ____					