

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

| 68 - Assinatura do Contratado  | ável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização           |
|--|--|---|
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)  64 - Total de Gases Medicinais (R\$)  65 - Total Geral (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Mat   |   |
|  |  |   |
|  |  | 58-Observação / Justificativa                             |
| 8-   M   M   M   M   M   M   M   M   M   | 3-   | 2-  |
|  | 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | 56-Data de Realização de Procedimentos em Série           |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
| _  |  |   |
| 52-Conselho 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO  | nal(s) Executante(s)  -Código na Operadora/CPF 51-Nome do Profissional   | 48-Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF       |
|  |  | 5-1 1 1/1 1/1 1/1 1/1                                     |
|  |  | 4-  |
|  |  | 3-1111111111111111111111111111111111111                   |
|  |  | 2-  _   |
|  |  | 1-1111111111111111111111111111111111111                   |
| 42 - Qtde. 43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)  | 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição   | 36-Data   |
|  | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  | Dados da Execução / Procedir                              |
|  |  |   |
|  | 33 Indicação de Acidente (acidente ou doenca relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   | Dados do Atendimento  32-Tipo de Atendimento  33          |
|  |  |   |
| 31 - Código CNES   | 30 - Nome do Contratado  | 29 - Código na Operadora                                  |
|  | tante  | Dados do Contratado Executante                            |
|  |  | Ģ .   |
|  |  | 4 4   |
|  | Chi Carel Train  | 2.  |
| C  |  | E   |
| 27-Qtde. Solic. 28-Qtde. Aut.  | rocedimento 26 - Descrição   | 24-Tabela 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial |
| CRM 92.698   |  | Atendimento   |
| Dr. Alexandre I circum   | ação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  22 - Data da Solicitação  23 - Indicação Clínica  |   |
|  | Profissional   |   |
| 18 – UF   19 - Código CBO   20 - Assinatura do Profésional Solicitante                         | 16 - Conselho 17 - Número no Conselho  | 15 - Nome do Profissional Solicitante                     |
|  | TT - TRAINING WAY SEVEN WAY TO A SEV | - Congo in Operation                                      |
|  | 14. Nome do Contratado   | Dados do Solicitante                                      |
| 12.72  | عد عد مديق السالالالالالالالالالالالالالالالالالال   |   |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 9 - Validade da Carteira 70 - Name   | 8 - Número da Carteira                                    |
|  |  | Dados do Ronoficiário                                     |
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  | le da Senha  | 4 - Data da Autorização                                   |
|  |  | 34.829-5  |
|  | 3 – Número da Guía Principal   | 1 - Registro ANS  |
|  |  |   |

Cód.: 8973 N. 210.831.001 211.171.000 - 09/2018