



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 2 6 3 0 5		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 ANGELA MARIA AMADOR		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante:			
13 - Código na Operadora 1 0 2 5 1 7 7 4		14 - Nome do Contratado ANGELA MARIA AMADOR	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número do Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Angela Maria Amador	
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 ULTIASSANGUINIA DE TUBÍDE ULTIASSANGUINIA DA PÉLVICA (SOP??)		27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.			
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 / Procedimento e Exames Realizados:			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Vis.	
44 - Tec.		45 - Fator Red. / Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
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			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observações / 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			