



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

2 - Nº Guia no Prestador  
1019486344

ANS nº 359017

1 - Registro ANS	3 - Nº GUIA PRINCIPAL 1019486344	PROTOCOLO Nº		
4 - Data da Autorização 24/09/2019	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha 23/11/2019	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 1019486344	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9700076700000093000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARCOS ELIAS FERREIRA DOS SANTOS	Plano 3085 PREMIUM 900.1 CE	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	--------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 7601	14 - Nome do Contratado HOSPITAL MODELO				
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCIO LUIZ NOGUEIRA ANTHERS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 167649	18 - UF SP	19 - Código CBO 6105	20 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento URGENTE/EM	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica DIAGNOSE			
24 - Tabela Aut.	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Autoriz.	
22	40901122	ABDOMEN TOTAL (INCLUI PÉLVIS)	1	1	

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 9259	30 - Nome do Contratado IDS - H MODELO Para agendar seu exame entre em contato com a Central de Atendimento Fone: 15 32127600	31 - Código CNES
----------------------------------	---	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento PS	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 - CODIGO DO PROCEDIMENTO	41 - DESCRICAO	42 - QTDE	43 - VIA	44 - TEC.	45 - FATOR RED / ACRÉSC.	46 - VALOR UNITARIO R\$	47 - VALOR TOTAL R\$
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											
IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)											
48 - SEQ. REF.	49 - GRAU PART	50 - CODIGO NA OPERADORA/CPF	51 - NOME DO PROFISSIONAL			52 - CONSELHO PROFISSIONAL	53 - NUMERO DO CONSELHO		54 - UF	55 - CODIGO CBO	
56 - DATA DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM SERIE 57 - ASSINATURA DO BENEFICIARIO OU RESPONSAVEL											
1-		3-			5-		7-		9-		
2-		4-			6-		8-		10-		
58 - OBSERVACAO / JUSTIFICATIVA											
59 - TOTAL PROCEDIMENTOS (R\$)		60 - TOTAL TAXAS E ALUGUEIS (R\$)		61 - TOTAL MATERIAIS (R\$)		62 - TOTAL OPME (R\$)		63 - TOTAL MEDICAMENTOS (R\$)		64 - TOTAL DE GASES MEDICINAIS (R\$)	
65 - TOTAL GERAL (R\$)											
66 - ASSINATURA DO RESPONSAVEL PELA AUTORIZACAO				67 - ASSINATURA DO BENEFICIARIO OU RESPONSAVEL				68 - ASSINATURA DO CONTRATADO			