



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)

2- Nº Guia no Prestador

1- Registro ANS 326305		3- Número de Guia Principal		6- Data de Validade da Senha		7- Número de Guia Atribuído pela Operadora		11- Cartão Nacional de Saúde		12- Atendimento a RH	
4- Data de Autorização		5- Senha		8- Data de Validade da Carteira		10- Nome		13- Código na Operadora		14- Nome do Contratado	
9- Número da Carteira		15- Nome do Profissional Solicitante		16- Conselho Profissional		17- Número no Conselho		18- UF		19- Código CBO	
10394486		HOSPITAL VERA CRUZ		CRM		111348		30		20- Assinatura do Profissional Solicitante	
21- Cartão de Atendimento		22- Data de Solicitação		23- Indicação Clínica		24- Tabela		25- Código do Procedimento ou Item Assistencial		26- Descrição	
				Miomodex uterina / histerodntrige o direita						RM PELE	
27- Tipo de Atendimento		28- Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)		29- Tipo de Consulta		30- Motivo de Encerramento do Atendimento		31- Código CBO		32- Código CBO	
33- Data		34- Hora Inicial		35- Hora Final		36- Tabela		37- Código do Procedimento		38- Descrição	
1- / /		1- / /		1- / /		1- / /		1- / /		1- / /	
2- / /		2- / /		2- / /		2- / /		2- / /		2- / /	
3- / /		3- / /		3- / /		3- / /		3- / /		3- / /	
4- / /		4- / /		4- / /		4- / /		4- / /		4- / /	
5- / /		5- / /		5- / /		5- / /		5- / /		5- / /	
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		69- Assinatura do Profissional		70- Assinatura do Conselho	