

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

2 - N° GUIA NO PRESTADOR

	stador Executante	69 - Data e Assinatura do Prestador Executante		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Dala e As	el pela Autorização	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
oo i Dual Garai Livel	65 - Total Gases Medicinals (KS)		64 - Total Medicamentos (RS)	\$) 63 - Total de OPME (R\$)	R\$) 62 - Total Materiais (R\$)	61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	60 - Total Procedimentos (RS)
Table Care (De)							59 - Observação
					And the second s		
					iário ou Responsável	57 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 58 - Assinatura do beneficiário ou Responsável	57 - Data e Assinatura de Procedime
			The second secon	_	ra / CPF 52 - Nome do Profissional	51 - Código na Operadora / CPF	49 - Ref. 50 - Grau Part.
55 - UF 56 - Código CBO	54 - Número do Conselho 51	53 - Concello do Profissional				s Executante(s)	Identificação do(s) Profissionais Executante(s)
		43 - U(IU), 44 - VIII		42 - Descrição	41 - Código do Procedimento 4	39 - Hora Final 40 - Tabela	Seq 37 - Data 38 - Hora Inicial
ário - R\$ 48 - Valor Total - R\$	46 - % Red Acresc. 47 - Valor Unitário - RS	AA Vin				entos e Exames Realizados	Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
						Total Institute of the Control of th	36 - Indicação Clínica
				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	34 - Tipo de Consulta	33 - Indicação de Acidente	32 - Tipo Atendimento
							Dados do Atendimento
	72 101 101						
), VAC. 1141	- 100 miles				30 - Nome do Contratado	29 - Código na Operadora
31 - Código CNES						e	Dados do Contratado Executante
	**			Newsonancia modean mag-			
	1	traste sem sedação de Coluna lombar	nética sem contraste sem	26 - Descrição Possonância nuclear magnética sem con		25 - Código do Procedimento	24 - Tabela 25 - Códig
PROTO 28. Otto Aut	or Orde Solin		SOV I	23 - Indicação Clínica (obrigatorio se pequena cirurga, terapia, consulta de resenta e ano cosor.) HERNIA LOMBAR	23 - Indicação Clínica (obrigatório se peq HERNIA LOMBAR	22 - Data/Hora da Solicitação	21 - Caráter Atendimento
	000					ientos e Exames Solicitados	Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
			14616 26 225270	16 - Conselho Profissional 17 - Numero		MEDEIROS	15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS
100		TEO S 20 - Assinatura do Profissional Solicitante			GOT GRUPO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	GOT GRUPO DE	110091080
						14 - Nome do Contratado	Cauca do Conciento
	7			103			Dados do Solicitante
			660	JOSE CRISTOVAO URBANO DA SILVA FILHO	JOSE CRISTOVAC	9 - Validade da Carteira 3 1/12/2028	8 - Número da Carteira 00343305001267006
12 - Atendimento a RN	11 - Cartão Nacional de Saúde						Dados do Beneficiário
							344885
7 - Número da Guia atribuído pela Operadora	7 - Número da Guia at	6 - Data Validade da Senha	5 - Senha	4 - Data da Autorização	4.	3 - N° Guia Principal	A DILLIANA AND
			The second secon				