

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT
2 - Nº GUIA NO PRESTADOR

1 - Registro ANS 044885	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira 08650001866044005	9 - Validade da Carteira 31/12/2028	10 - Nome BORIS DIMITRI DE SIQUEIRA FILHO	11 - Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Solicitante												
13 - Código na Operadora 110091080	14 - Nome do Contratado GOT GRUPO DE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS										
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 14616	18 - UF 26	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados												
21 - Caracter Atendimento	22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) LOMBALGIA										
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição RPG de Coluna lombar		27 - Qtd. Solic 10	28 - Qtd. Aut. 28							
Dados do Contratado Executante												
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado											
Dados do Atendimento												
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
36 - Indicação Clínica												
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
Seq	37 - Data	38 - Hora Inicial	39 - Hora Final	40 - Tabela	41 - Código do Procedimento	42 - Descrição	43 - Qtd.	44 - Via	45 - Tec.	46 - % Red.Acrasc.	47 - Valor Unitário - R\$	48 - Valor Total - R\$
Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s)												
49 - Rel.		50 - Grau Part.	51 - Código na Operadora / CPF		52 - Nome do Profissional		53 - Conselho do Profissional		54 - Número do Conselho		55 - UF	56 - Código CBO
57 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 59 - Assinatura do beneficiário ou Responsável												
59 - Observação												
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		62 - Total Materiais (R\$)		63 - Total de OPME (R\$)		64 - Total Medicamentos (R\$)		65 - Total Gases Médicinas (R\$)		66 - Total Geral (R\$)
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização												
68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
69 - Data e Assinatura do Prestador Executante												