

4 - Data da Autorização

Dados do Solicitante

8 - Número da Carteira

Dados do Beneficiário

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho 17 - Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF 19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		Thorace
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					Mes	
21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação Atendimento	23-Indicação Clínica Tibrilação a	atrial pensistente			CRW	Na Medica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 Aut. ou liem Assistencial		2	redacção			27 - Qude
2.	c		7			
۵.						
4.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					31 - Código CNES
32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	iente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
E						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - H	38 - Hora Final 38 Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - De	41 - Descrição	42 - Qide. 43-Via 44-TEc.	45-Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1-1 // 1 // 1 // 1 // 1						
2- 1/1 1/1 3/1 3						
3- 1/1 //						
4- 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1						
5- 1/1						
io do(s) Profissi						
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Codigo na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional		32 - Conselho 53 Profissional	53 - Numero no Conselho		54-UF 55-Codigo CB
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura	57 - Assinatura do Baneficiário ou Responsável					
1- 1/	3-	5- 1/1	7-11 1/1 1/1/1		9-	
			ço		10-	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)

61 - Total de Materials (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais

65 - Total Geral (R\$)

68 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável