

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

2 - Nº da guia no prestador

1 - Registro ANS

3 - Número da guia principal

4 - Data da autorização

5- Senha

6- Data de validade da senha

7 - Número da guia atribuído pela operadora

Dados do beneficiário

8 - Número da carteira

9 - Validade da carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - RN

Dados do contratado solicitante

13 - Código na operadora

14 - Nome do contratado

15 - Nome do profissional solicitante

16 - Conselho profissional

17 - Número no conselho

18 - UF

19 - CBO

20 - Assinatura do solicitante

Dados da solicitação / Procedimentos e exames solicitados

21 - Caráter do atendimento

22 - Data da solicitação

23 - Indicação clínica

24 - Tabela	25 - Código do procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde Solic	28 - Qtde Aut
1- _____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

Dados do contratado executante

29 - Código na operadora

30 - Nome do contratado

31 - Código CNES

Dados do atendimento

32 - Tipo de atendimento

33 - Indicação de Acidente

34 - Tipo de consulta

35 - Motivo de Encerramento

Dados da execução		36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Téc	45 - Fator Red / Acrésc	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação dos profissionais executantes

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part

50 - Código na Operadora / CPF

51 - Nome

52 - Conselho

53 - Nº conselho

54 - UF

55 - CBO

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

56 - Data da realização dos procedimentos em série

57 - Assinatura do beneficiário ou responsável

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

6- _____

7- _____

8- _____

9- _____

10- _____

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 gases medicinais (R\$)

65 - Total geral (R\$)

58 - Observação / justificativa

66 - Assinatura do responsável pela autorização

67 - Assinatura do beneficiário ou responsável

68 - Assinatura do contratado