



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS [4][2][0][0][7][7]
 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 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante
 16 - Conselho Profissional
 17 - Número no Conselho
 18 - UF
 19 - Código CBO
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 23 - Indicação Clínica

24-Tabela Qtde. Aut.	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-
1-				
2-				
3-				
4-				

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 (acidente ou doença relacionada)
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.Ref
 49-Grau Part.
 50-Código na Operadora/CPF
 51-Nome do Profissional
 52-Conselho Profissional
 53-Número no Conselho
 54-UF
 55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8-
 9-
 10-

58-Observação / Justificativa

Observação / Justificativa

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