



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

2- Nº Guia no Prestador _____

ANS - nº 331988

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 - 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 Aut.	25 - Código do Procedimento ou item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde.
01- _____	_____/_____/_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02- _____	_____/_____/_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03- _____	_____/_____/_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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-Téc. Acres	45- Fator Red/	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1- ____/____/_____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- ____/____/_____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- ____/____/_____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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- ____/____/_____ 3- ____/____/_____ 5- ____/____/_____ 7- ____/____/_____

2- ____/____/_____ 4- ____/____/_____ 6- ____/____/_____ 8- ____/____/_____

58 - 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 _____