



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

2- Nº 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 - Atendimento a RN
---------------------------------	---	--------------------	--	--------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratante
-----------------------------------	-----------------------------------

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	
1-	.....
2-	.....
3-	.....
4-	.....
5-	.....

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------

Dados de 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	4 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total (R\$)
1- .../.../...	..... a	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2- .../.../...	..... a	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3- .../.../...	..... a	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4- .../.../...	..... a	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5- .../.../...	..... a	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

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 1- .../.../...	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3-	5- .../.../...	7- .../.../...	9- .../.../...
2- .../.../...	4- .../.../...	6- .../.../...	8- .../.../...	10- .../.../...

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 Responsável pela Autorização do Contratado
--	---	--