

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 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.
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 (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- ____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____
5- ____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	_____	_____

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- ____/____/____	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 Contratado _____		