



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS <b>314251</b>	3 - Numero 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 - Numero da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN	10 - Nome
------------------------	--------------------------	------------------	-----------------------	-----------

**Dados do Solicitante**

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado					
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial
-----------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

**Dados do Contratante 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	91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------	---	-----------------------	--	----------------------------	------------------------

**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.	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 da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1-   /   /	3-   /   /	5-   /   /
2-   /   /	4-   /   /	6-   /   /
		7-   /   /
		8-   /   /
		9-   /   /
		10-   /   /

58 - Observação / Justificação						
--------------------------------	--	--	--	--	--	--

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------