



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 40089-1

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-	_____	_____	_____	_____

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: 1- ____/____/____ 3- ____/____/____ 5- ____/____/____ 7- ____/____/____ 9- ____/____/____

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____

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: _____

