SAÚDE AMMP
ASSOCIAÇÃO MINEIRA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 41721-1

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	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
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-	__/__/____	__:__	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

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- __/__/____ 2- __/__/____ 3 - __/__/____ 4 - __/__/____ 5 - __/__/____ 6 - __/__/____ 7 - __/__/____ 8 - __/__/____ 9 - __/__/____ 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