



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 348805	3 - Numero Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------

Dados do Contratado 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 e Exames Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
-----------------------------	--------------------------	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde.
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
--------------------------	---	-----------------------	--

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- <input type="text"/>	<input type="text"/>	3- <input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	4- <input type="text"/>	<input type="text"/>

58 - Observação / Justificação

[illegible]

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