



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

2- Nº Guia no Prestador \_\_\_\_\_

ANS - nº 345695

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.
01- _____	_____	_____	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____

### 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-Téc.	45- Fator Red/ Acres	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 - ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 - ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3 - ____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### 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- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_