

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5-Senha	11 - Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	-----------	-----------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
-----------------------------	--------------------------	------------------------

24- Tabela	25- Código do Procedimento	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-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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	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
--