



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

2- Nº

1 - Registro ANS <b>41983-4</b>	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
------------------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	------------------------	--	-----------	---------------------------	-----------	---

Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado		15 - Código CNES		
16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF	20 - Código CBO S

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	
---	--	-------------------------------	--	-----------------------------	--	-------------	--	--	--

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante		30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40- Código CNES
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar				42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF	45 - Código CBO S		45a - Grau de Participação	

Dados do Atendimento		46-Tipo Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48- Tipo de Saída	
----------------------	--	---------------------	--	----------------------------	--	-------------------	--

Consulta Referência		49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença	
---------------------	--	---------------------	--	----------------------	--

Procedimentos e Exames realizados		51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1-													
2-													
3-													
4-													
5-													

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série		1 -	3 -	5 -	7 -	9 -
		2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

64 - Observação						
-----------------	--	--	--	--	--	--

65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89- Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	---