



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

2- Nº Guia no Prestador

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	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
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 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- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1-  3-  5-  7-  9-

2-  4-  6-  8-  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