



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

2- N° 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(a) beneficiário(a)																			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN Não													
10 - Nome																			
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		90 - Indicador de Cobertura Especial													
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	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	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional												
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		53-Número no Conselho		54-UF	55-Código CBO						
56-Data de Realização de Procedimentos em Série													57-Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Responsável						
1-		2-		3-		4-		5-		6-		7-		8-		9-		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 de Geral (R\$)							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											