

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

1 - Registro ANS **31234-7** 3 - Número da Guia Principal \_\_\_\_\_ 2- Nº Guia no Prestador: \_\_\_\_\_

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-	_____	_____	_____	_____
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**

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 \_\_\_\_\_