Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT

Saúde

2- Nº Guia no Prestador

Allianz

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 Carteirinha ___ / ___ / ___

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-Qtd.
01-					
02-					
03-					
04-					

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$)	47-Valor Total (R$)
01-	__/__/____	__:__	a __:__							__.__	____.__	____.__
02-	__/__/____	__:__	a __:__							__.__	____.__	____.__
03-	__/__/____	__:__	a __:__							__.__	____.__	____.__
04-	__/__/____	__:__	a __:__							__.__	____.__	____.__

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-U	55-Código CBO

* Campos brancos preenchimento obrigatório.

AZ/1503 - 08/14