



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS **326305**      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 **LUCIA DE FÁTIMA ARAUJO BARBOSA**      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 do 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 **FRATURA DE ÚMERO**

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1- [ ]	[ ]	<b>RADIOGRAFIA EM AP DO BRAÇO DIREITO</b>	[ ]	[ ]
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 / Procedimento 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- [ ]/[ ]/[ ]	[ ]:[ ]a	[ ]:[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2- [ ]/[ ]/[ ]	[ ]:[ ]a	[ ]:[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3- [ ]/[ ]/[ ]	[ ]:[ ]a	[ ]:[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4- [ ]/[ ]/[ ]	[ ]:[ ]a	[ ]:[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5- [ ]/[ ]/[ ]	[ ]:[ ]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-UF	55-Código CBO
[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

56 - Data de Realização de Procedimento 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