

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

1 - Registro ANS _____

3 - Número da Guia Principal _____

4 - Data da Autorização _____

5 - Senha _____

6 - Data de Validade da Senha _____

7 - Número da Guia A tribuído pela Operadora _____

8 - Número da Carteira _____

9 - Validade da Carteira _____

10 - Nome _____

11 - Cartão Nacional de Saúde _____

12 - Atendimento a RN _____

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

Dr. Derival Nelmo Afonso dos Santos
CRM-MG 24432

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento _____

22 - Data da Solicitação _____

23 - Indicação Clínica

Exames para fazer a Colonoscopia

24- Tabela Aut.	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27- Qtd. Solic.	28- Qtd.	31 - Código CNES
1 -		ou Item Assistencial			
2 -		Hemograma			
3 -		Coagulograma			
4 -					
5 -					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora _____

30 - Nome do Contratado _____

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 - Qtd.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acred.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1- / /	: : a	: : a									
2- / /	: : a	: : a									
3- / /	: : a	: : a									
4- / /	: : a	: : a									
5- / /	: : a	: : a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seg-Req 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF _____

51- Nome do Profissional _____

52-Conselho Profissional _____

53-Número no Conselho _____

54-UJF _____

55-Código CBO _____

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário 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 A luguéis (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 _____