

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
3   1   2   2   8   2		/ / /		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	89 - Nome Social		
/ / /				
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		
8 - Número da Carteira	9 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional		
/ / /				
10 - Nome	14 - Nome do Contratado	17 - Número no Conselho		

Dados do Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora	18 - UF	19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	90 - Indicador de Cobertura Especial	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.	
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica			
/ / /	/ / /				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado	
29 - Código na Operadora			31 - Código CNES

Dados do Atendimento		91 - Regime de atendimento		92 - Saúde Ocupacional	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta			

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição								
/ /	: :	: :											
1 -													
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional						

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		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	

59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			