

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 Carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN
10 - Nome			

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 e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial
-----------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------------------

39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - 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	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------	---	-----------------------	--	----------------------------	------------------------

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 do 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



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

2- Nº Guia no Prestador

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	