



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

2- Nº Guia no Prestador

VERTEISAÚDE

<b>1 - Registro ANS</b> 41759-9	<b>3 - Número da Guia Principal</b> _____				
<b>4 - Data da Autorização</b> ____/____/____	<b>5 - Senha</b> _____		<b>6 - Data Validade da Senha</b> ____/____/____	<b>7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> _____	
<b>Dados do Beneficiário</b>					
<b>8 - Número da Carteira</b> _____		<b>9 - Validade da Carteira</b> ____/____/____		<b>10 - Nome</b> _____	
				<b>11 - Número Nacional de Saúde</b> _____	
<b>12 - Atendimento a RN</b> __					

<b>Dados do Solicitante</b>					
<b>13 - Código na Operadora</b> _____		<b>14 - Nome do Contratado</b> _____			
<b>15 - Nome do Profissional Solicitante</b> _____		<b>16 - Conselho Profissional</b> _____	<b>17 - Número no Conselho</b> _____		<b>18 - UF</b> __
		<b>19 - Código CBO</b> _____	<b>20 - Assinatura do Profissional Solicitante</b> _____		

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

<b>Dados do Contratado Executante</b>					
<b>29 - Código na Operadora</b> _____		<b>30 - Nome do Contratado</b> _____			<b>31 - Código CNES</b> _____

<b>Dados do Atendimento</b>			
<b>32 - Tipo Atendimento</b> __	<b>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b> __	<b>34 - Tipo de Consulta</b> __	<b>35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</b> __

<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1- ____/____/____	____:____	____:____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- ____/____/____	____:____	____:____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- ____/____/____	____:____	____:____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4- ____/____/____	____:____	____:____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5- ____/____/____	____:____	____:____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executantes</b>					
<b>48-Seq.Ref.</b> _____		<b>49-Grau Part.</b> _____		<b>50-Cód. na Operadora</b> _____	
		<b>51-Nome do Profissional</b> _____		<b>52-Cons.Profis.</b> _____	
				<b>53-Número no Conselho</b> _____	
				<b>54-UF</b> __	
				<b>55-Código CBO</b> _____	

<b>56-Data de Realização de Procedimentos em Série</b> _____					
<b>57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>					
1- ____/____/____	3- ____/____/____	5- ____/____/____	7- ____/____/____	9- ____/____/____	
2- ____/____/____	4- ____/____/____	6- ____/____/____	8- ____/____/____	10- ____/____/____	

<b>58 - Observação / Justificativa</b> _____ _____					
--	--	--	--	--	--

<b>59 - Total de Procedimentos (R\$)</b> _____	<b>60 - Total de Taxas e alugueis (R\$)</b> _____	<b>61 - Total de Materiais (R\$)</b> _____	<b>62 - Total de OPME (R\$)</b> _____	<b>63 - Total de Medicamentos (R\$)</b> _____	<b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</b> _____	<b>65 - Total Geral (R\$)</b> _____
---	--	---	--	--	--	--

<b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b> _____		<b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> _____		<b>68 - Assinatura do Contratado</b> _____	
---	--	--	--	---	--