

1 - Registro ANS <b>34240-8</b>		3 - Data de Emissªo da Guia ____/____/____	
<b>Dados do Beneficiário</b>			
4 - Número da Carteira _____		5 - Plano _____	
		6 - Validade da Carteira ____/____/____	
7 - Nome _____		8 - Número do Cartªo Nacional de Saúde _____	
<b>Dados do Contratado</b>			
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____		10- Nome do Contratado _____	
		11 - Código CNES _____	
12-T.L. _____	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento _____	16 - Município _____	17 - UF _____
		18 - Código IBGE _____	19 - CEP _____
20 - Nome do Profissional Executante _____		21 - Conselho Profissional _____	22-Número no Conselho _____
		23 - UF _____	24 - Código CBO S _____
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>			
25 -Tipo de Doença ___ A-Aguda C-Crônica		26 -Tempo de Doença ___ - ___ A-Anos M-Meses D-Dias	
		27 - Indicaçªo de Acidente ___ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trªnsito 2 - Outros	
28 - CID Principal _____	29 - CID (2) _____	30 - CID (3) _____	31 - CID (4) _____
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>			
32 - Data do Atendimento ____/____/____		34-Código Procedimento _____	
33-Codigo Tabela _____			
35 - Tipo de Consulta ___ - 1-Primeira 2-Seguimento 3-Prª Natal		36 - Tipo de Saída ___ - 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referªncia 4-Internaçªo 5-Alta	
37 - Observaçªo _____ _____ _____			
38-Data e Assinatura do Mªdico ____/____/____		39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsªvel ____/____/____	

**ORIENTAÇÃO AO PRESTADOR:**

1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (nªo sombreados) sªo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

A ausência de informaçªo nesses campos poderª implicar o nªo pagamento da guia e/ou devoluçªo para regularizaçªo;

2- A solicitaçªo de revisªo de glosas Øde atª60 (sessenta) dias apªs a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serªo consideradas aceitas pelo credenciado.



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 6	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	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 no 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		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - 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

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 no 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									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
---	--	-------------------------------

**ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR :**  
1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.  
A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;  
2- A solicitação de revisão glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado