

Logo da Empresa

2- Nº Guia no Prestador

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 Atribuído pela Operadora                 |  |
| 8 - Número da Carteira                                                    |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  |
| 10 - Nome                                                                 |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                               |  |
| 12 - Atendimento a RN                                                     |  |                                                             |  |
| Dados do Beneficiário                                                     |  |                                                             |  |
| 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 - Qtds. Solic.                                                         |  | 28 - Qtds. Aut.                                             |  |
| 1 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 2 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 3 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 4 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 5 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| PROVA VENTILATÓRIA COMPLETA ANTES E APÓS O BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA) |  |                                                             |  |
| DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA                    |  |                                                             |  |
| RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA                            |  |                                                             |  |
| MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO                                  |  |                                                             |  |
| 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 - Qtds.                                                                |  | 43 - Via                                                    |  |
| 44 - Tec.                                                                 |  | 45 - Fator Red./Acresc.                                     |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                                 |  | 47 - Valor Total (R\$)                                      |  |
| 1 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 2 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 3 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 4 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| 5 -                                                                       |  | 1                                                           |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                        |  |                                                             |  |
| 48 - Seq./Ref.                                                            |  | 49 - Grau Part.                                             |  |
| 50 - Código na Operadora/CNP                                              |  | 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 -                                                                       |  | 2 -                                                         |  |
| 3 -                                                                       |  | 4 -                                                         |  |
| 5 -                                                                       |  | 6 -                                                         |  |
| 7 -                                                                       |  | 8 -                                                         |  |
| 9 -                                                                       |  | 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                                             |  |                                                             |  |