



GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

201500000000000

1 - Registro ANS
 3 | 3 | 4 | 1 | 8 + 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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

2- Nº Guia no Prestador

20150000000000

1 - Registro ANS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 3 3 4 1 8 9 </div>	3 - Número da Guia Principal <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	---

4 - Data da Autorização <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	5-Senha <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	6 - Data de Validade da Senha <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	--	--	--

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	9 - Validade da Carteira <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	10 - Nome <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	11 - Cartão Nacional de Saúde <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	12 -Atendimento a RN <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	---	--	--	---

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	14 - Nome do Contratado <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	16 - Conselho Profissional <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	17 - Número no Conselho <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	18 - UF <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	19 - Código CBO <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	---	--	--	--	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	22 - Data da Solicitação <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	23 - Indicação Clínica <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	---	---

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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	30 - Nome do Contratado <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	31 - Código CNES <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	--	---

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	34 - Tipo de Consulta <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	--	--	---

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- / /	: a	:									
2- / /	: a	:									
3- / /	: a	:									
4- / /	: a	:									
5- / /	: a	:									

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- / /
2- / /	4- / /	6- / /	8- / /

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	61 - Total de Materiais (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	62- Total de OPME (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	65 - Total Geral (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	---	--	--	---	---	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	68 - Assinatura do Contratado <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	---	--