

1 - Registro ANS 403911	3- Nº Guia de Solicitação de Internação <input style="width: 95%;" type="text"/>	4 - Senha <input style="width: 95%;" type="text"/>	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--	--	--

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira <input style="width: 98%;" type="text"/>	7 - Nome <input style="width: 98%;" type="text"/>	8 - Atendimento a RN <input style="width: 20px;" type="text"/>
---	---	--

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora / CNPJ <input style="width: 95%;" type="text"/>	10 - Nome do Hospital/Local <input style="width: 98%;" type="text"/>	11-Código CNES <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--	---

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <input style="width: 95%;" type="text"/>	13 - Nome do Contratado <input style="width: 98%;" type="text"/>	14 - Código CNES <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	---

Dados da Internação

15 - Data do Início do Faturamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	16 - Data do Fim do Faturamento <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--

Procedimentos Realizados

17 - Data	18 - Hora Inicial	19 - Hora Final	20 - Tabela	21 - Código do Procedimento	22 - Descrição	23 - Qtd.	24 - Via	25 - Tec	26 - Fator Red / Acresc	27 - Valor Unitário - R\$	28 - Valor Total - R\$
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

29 - Seq. Ref.	30 - Grau Part.	31 - Código na Operadora/CPF	32 - Nome do Profissional	33 - Conselho Profissional	34 - Número no Conselho	35 - UF	36 - Código CBO

37 - Observação / Justificativa <input style="width: 98%; height: 75px;" type="text"/>	38 - Valor total dos honorários <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--

39 - Data de emissão <input style="width: 95%;" type="text"/>	40 - Assinatura do Profissional Executante <input style="width: 98%;" type="text"/>
---	---



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

2- Nº 08142000000

1 - Registro ANS 403911		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 / CNPJ / CPF		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	
1- _____	_____	_____	
2- _____	_____	_____	
3- _____	_____	_____	
4- _____	_____	_____	
5- _____	_____	_____	
		27-Qtd. Solic.	28-Qtd. Aut.
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		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 - Qtd.
43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Val or 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		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- _____	
2- _____		4- _____	
5- _____		7- _____	
6- _____		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			

1 - Registro ANS
403911

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
