



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 39353-3		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 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			