



Santa Casa
de Saúde

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

2 - Nº GUIA NO PRESTADOR

1 - REGISTROS ANS 42008-5		3 - NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL		5 - SENHA		6 - DATA DE VALIDADE DA SENHA		7 - NÚMERO DA GUIA ATRIBUÍDO PELA OPERADORA		11 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		12 - ATENDIMENTO A RN																																																																																																																											
4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		8 - NÚMERO DA CARTEIRA		9 - VALIDADE DA CARTEIRA		10 - NOME		16 - CONSELHO PROFISSIONAL		17 - NÚMERO NO CONSELHO		18 - UF		19 - CÓDIGO CBO		20 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE																																																																																																																							
DADOS DO BENEFICIÁRIO		DADOS DO SOLICITANTE		13 - CÓDIGO NA OPERADORA		14 - NOME DO CONTRATADO		15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		21 - CARACTER DO ATENDIMENTO		22 - DATA DA SOLICITAÇÃO		23 - INDICAÇÃO CLÍNICA		24 - TABELA		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO OU ITEM ASSISTENCIAL		26 - DESCRIÇÃO		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.																																																																																																															
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS		29 - CÓDIGO NA OPERADORA		30 - NOME DO CONTRATADO		31 - CÓDIGO CNES		32 - TIPO DE ATENDIMENTO		33 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - TIPO DE CONSULTA		35 - MOTIVO DE ENCERRAMENTO DE ATENDIMENTO		36 - DATA		37 - HORA INICIAL		38 - HORA FINAL		39 - TABELA		40 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		41 - DESCRIÇÃO		42 - QTD		43 - VIA		44 - T.E.C.		45 - FATOR RED. ACRES.		46 - VALOR UNITÁRIO (R\$)		47 - VALOR TOTAL (R\$)																																																																																																	
DADOS DA EXECUÇÃO, PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS		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 SERIE		57 - ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		58 - OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA		59 - TOTAL DE PROCEDIMENTOS (R\$)		60 - TOTAL DE TAXAS E ALUGUEIS (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 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -		7 -		8 -		9 -		10 -		11 -		12 -		13 -		14 -		15 -		16 -		17 -		18 -		19 -		20 -		21 -		22 -		23 -		24 -		25 -		26 -		27 -		28 -		29 -		30 -		31 -		32 -		33 -		34 -		35 -		36 -		37 -		38 -		39 -		40 -		41 -		42 -		43 -		44 -		45 -		46 -		47 -		48 -		49 -		50 -		51 -		52 -		53 -		54 -		55 -		56 -		57 -		58 -		59 -		60 -		61 -		62 -		63 -		64 -		65 -		66 -		67 -		68 -	