



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



2- Nº Guia no Prestador

424129

Página: 1/1

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data da Autorização 23/08/2024	5 - Senha 424129	6 - Data de Validade da Senha 21/09/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 424129								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 1026110171	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN N								
10 - Nome PAULO FEITOSA ROTTA											
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 43 /		14 - Nome do Contratado MEDICO INTERNO HFA									
15 - Nome do Profissional Solicitante MEDICO INTERNO HFA		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 0								
		18 - UF DF	19 - Código CBO								
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento E	22 - Data da Solicitação 21/08/2024	23 - Indicação Clínica									
		90 - Indicador de Cobertura Especial									
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20102020	26 - Descrição HOLTER DE 24 HORAS - 3 CANAIS - DIGITAL									
		27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 1								
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 72 / 92898550000600		30 - Nome do Contratado ICDF - 3403.5400									
		31 - Código CNES 3276678									
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								
		91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional								
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- / /		9- / /			
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /			
58 - Observação / *** OBS: 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\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			