



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

Alameda dos Guaramomis, 1176 - Planalto Paulista
CEP: 04076-012 - São Paulo/SP - Telefone: 55 11 3525 3600
www.lifeempresarial.com.br

1 - Registro ANS 41449-2	3 - Número da Guia Principal _____	2 - Nº Guia no Prestador _____
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____	6 - Data da Validade da Senha ____/____/____	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
-------------------------------------------	--------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira _____	9 - Validade da Carteira ____/____/____	89 - Nome Social _____	12 - Atendimento a RN ____
10 - Nome _____			

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 _____	90 - Indicador de Cobertura Especial ____
-------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------

24 - Tabela Aut.	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde.
01- _____	_____	_____	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____

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 ____	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\$
01- ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
02- ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
03- ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
04- ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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 Profissional	54 - UF	55 - Código CBO
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

01- ____/____/____	03- ____/____/____	05- ____/____/____	07- ____/____/____	09- ____/____/____
02- ____/____/____	04- ____/____/____	06- ____/____/____	08- ____/____/____	10- ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimento (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 Contrato _____
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------