

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

2 - № 20128001

Atend.: 9142045
Conta:

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

1334522	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
		31/12/2222	Celine De Souza Mendes	

84694405000167	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	15 - Código do CNES	2521385	Dr. Cassio Hiraga
16 - Nome do Profissional Solicitante					

CRM	28623	SC	653
17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO

[illegible]

3		
2	Fisioterapia Analgésica	10
1	28 - Qt.Solic.	10
	29 - Qt.Autoriz.	10

Dados do Contratado Executante	
4	
5	

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
---------------------------------------	-------------------------	---------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

42 - Nome do Profissional executor / complementar		43 - Número no Conselho		44 - UF	45 - Código CBO S	45a - Grau de Participação

01 - Remoção		02 - Pequena cirurgia		03 - Terapias		04 - Consulta		05 - Exame		06 - Atendimento Domiciliar		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de saída		49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença	
												0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho							

51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd	58 - Valor
Procedimentos e Exames Realizados						

1	57 - Outras:	
2	58 - Via	59 -
3	60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$
4	62 - Valor Total - R\$	

[illegible]

4 - 3 - 2 - 1

5 - 4 - 3 - 2 - 1

6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1

7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1

8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1

9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1

54 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

66 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Matrícula	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--