

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

V.3.0

Atend.: 2510932
Prescr: 3224919

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 5268002

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal			
4 - Data da Autorização 16/03/2022	5 - Senha 5268002	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5268002	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 7.205.319	9 - Validade da Carteira 16/03/2022	10 - Nome SAMUEL BUZZI RAMOS	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO				
15 - Nome do Profissional Solicitante Ana Camila Flores Farah	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 7148	18 - UF SC	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/03/2022	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 41001010 TOMOGRAFIA DE CRANIO	27 - Qtde.Solic. 1	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 5	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora inicial a	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 - Gr.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 Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 16/03/2022		68 - Assinatura do Contratado 19/07/2022	