



Caixa de Assistência  
dos Funcionários do  
Banco do Brasil

CENTRAL CASSI 0800 729 0080  
Atende também deficiente auditivo  
www.cassicombr

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

2- Nº Guia no Prestador 2- Nº 87288379

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Número da Guia Principal
--------------------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	---------	-------------------------------	---

<b>Dados do beneficiário</b>				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN

<b>Dados do solicitante</b>				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado			
0 3 8 8 2 8 4 0 0 0 0 1 1 3	RBG PRODUTOS TERAPEUTICOS SA			

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

<b>Dados da solicitação / Procedimentos ou itens assistenciais solicitados</b>				
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica		
24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde.Solic.	28-Qtde.Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

<b>Dados do contratado executante</b>				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			31 - Código CNES

<b>Dados do atendimento</b>				
32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

<b>Dados da execução / procedimentos e exames realizados</b>											
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-											
2-											
3-											
4-											
5-											

<b>Identificação do(s) profissional(is) executante(s)</b>										
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

<b>56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>									
1-		3-		5-		7-		9-	
2-		4-		6-		8-		10-	

<b>58 - Observação / Justificativa</b>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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\$)	65 - Total Geral (R\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------