

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

2 - Nº Guia no Prestador **7375908000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 11/10/2022	5 - Senha 5070014	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5070014

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 114101	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome RENAN MARTINS MOREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 11/10/2022	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	11/10/2022	09:47	09:47	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001		1.0	56.50	56.50

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional			52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR			06	28801	41	225270

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 de Procedimentos (R\$) 56.50	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 56.50
---	---	--	---	---	---	--

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