

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

2 - Nº Guia no Prestador **7378030000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 13/10/2022		5 - Senha 7258007		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7258007									
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira 11110219		9 - Validade da Carteira 31/12/2022		10 - Nome NATALIA FARIA LINO GASPAROTTO		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 SAMUEL MACHADO			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		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 13/10/2022		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 13/10/2022 07:47 07:47 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. 1		49-Gr.Part 12		50-Cód na operadora/CPF 23876304000112		51-Nome do Profissional SAMUEL MACHADO		52-Conselho Prof 06		53-Número no Conselho 28684		54-UF 41		55-Código CBO 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\$) 4.21		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 43.63		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 104.34			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

4031493