

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

2 - Nº Guia no Prestador **7691580000000**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                   |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------|--|---------|--|----------------|--|-------------------|--|----------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 4 - Data de Autorização<br>12/04/2023                                                            |  | 5 - Senha<br>10701                                                |  | 6 - Data de Validade da Senha                     |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>10701 |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                   |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 8 - Número da Carteira<br>11112713                                                               |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2025                            |  | 10 - Nome<br>ANA VITORIA PIMENTA FREITAS DA SILVA |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |  | 12 - Atendimento a RN<br>N               |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                   |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                  |  | 17 - Número no Conselho<br>41325                  |  | 18 - UF<br>41                                        |  | 19 - Código CBO<br>225125                |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |  |                                                                   |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>02/04/2023                            |  | 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<br>23876304000112                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  | 31 - Código CNES<br>9365230      |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| Dados do Atendimento                                                                             |  |                                                                   |  |                                                   |  |                                                      |  |                                          |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9  |  | 34 - Tipo de Consulta                             |  | 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 12/04/2023                                                                                     |  | 16:28                                                             |  | 16:28                                             |  | 22                                                   |  | 10101039                                 |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                   |  | 001                              |  |               |  |         |  | 1.0            |  | 107.00            |  | 107.00         |  |
| 2 12/04/2023                                                                                     |  | 16:30                                                             |  | 16:30                                             |  | 22                                                   |  | 40804097                                 |  | RX - PE OU PODODACTILO                       |  | 001                              |  |               |  |         |  | 1.0            |  | 35.64             |  | 35.64          |  |
| 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                                    |  | SAMUEL MACHADO                                       |  | 06                                       |  | 28684                                        |  | 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\$)<br>142.64                                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                      |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00             |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>142.64 |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  |                                                                   |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável    |  |                                                      |  | 68 - Assinatura do Contratado            |  |                                              |  |                                  |  |               |  |         |  |                |  |                   |  |                |  |

**\*4237096\***