

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

2 - Nº Guia no Prestador 7700278000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                 |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |  |
| 4 - Data de Autorização<br>17/04/2023                                                                                                                                                                                      |  | 5 - Senha<br>10835                                                |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                              |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>10835              |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                   |  |
| 8 - Número da Carteira<br>4315780                                                                                                                                                                                          |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                            |  |
| 10 - Nome<br>ENZO VIDA DEMEU                                                                                                                                                                                               |  | 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>ANA GABRIELA COELHO BONANNI                                                                                                                                                       |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                  |  |
| 17 - Número no Conselho<br>45184                                                                                                                                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                                     |  |
| 19 - Código CBO<br>225124                                                                                                                                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                       |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                                                                  |  |                                                                   |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                           |  | 22 - Data da Solicitação<br>17/04/2023                            |  |
| 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>04                                                                                                                                                                                                |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9  |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>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 17/04/2023 16:09 16:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 107.00 107.00                                                                                                                                      |  |                                                                   |  |
| 2 17/04/2023 16:09 16:09 22 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM 001 1 1 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 PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI 06 36344 41 225124                                                                                                                                                |  |                                                                   |  |
| 2 12 23876304000112 EDUARA FERNANDES FREGONEIS MOSCARDI 06 36344 41 225124                                                                                                                                                 |  |                                                                   |  |
| 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\$) 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\$) |  |                                                                   |  |
| 163.50 74.17 35.32 0.00 29.07 0.00 302.06                                                                                                                                                                                  |  |                                                                   |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                            |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                            |  | 68 - Assinatura do Contratado                                     |  |