

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

2 - Nº Guia no Prestador 7756374000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																											
4 - Data de Autorização 18/05/2023		5 - Senha 11361		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11361																							
8 - Número da Carteira 4362736		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome ALICE ALVES PINHEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 702103720043290		12 - Atendimento a RN N																					
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																											
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO ALDRY SOUREN HELUANI MELO			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 32814		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																		
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 18/05/2023		23 - Indicação Clínica															
24 - Tabela												25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.											
29 - Código na Operadora 23876304000112														30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				31 - Código CNES 9365230											
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																					
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 18/05/2023		15:32		15:32		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001				1.0		107.00		107.00									
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 ALDRY SOUREN HELUANI MELO		06		32814		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\$) 107.00		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\$) 107.00																	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						68 - Assinatura do Contratado																	