

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

2 - Nº Guia no Prestador 7757724000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                          |  |                                                                   |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|-----------------------------|--|------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                               |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 4 - Data de Autorização<br>19/05/2023                                                                                                                                    |  | 5 - Senha<br>11397                                                |                                  | 6 - Data de Validade da Senha                  |                                  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>11397 |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>11112690                                                                                                                                       |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2024                            |                                  | 10 - Nome<br>ANA LAURA DE FREITAS LIMA         |                                  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |                                            | 12 - Atendimento a RN<br>N               |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                                                                               |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LEONARDO ODEBRECHT                                                                                                              |  |                                                                   | 16 - Conselho Profissional<br>06 |                                                | 17 - Número no Conselho<br>26780 |                                                      | 18 - UF<br>41                              |                                          | 19 - Código CBO<br>225225 |                                                    | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                         |  |                                                                   |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             | 22 - Data da Solicitação<br>19/05/2023                            |  | 23 - Indicação Clínica |  |                             |  |                  |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                                                              |  |                                                                   |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                  |  | 26 - Descrição         |  | 27 - Qt.Solic.              |  | 28 - Qt.Autoriz. |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                                                                                                               |  |                                                                   |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |                        |  | 31 - Código CNES<br>9365230 |  |                  |  |
| 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 |                                          |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 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 19/05/2023                                                                                                                                                             |  | 12:11                                                             |                                  | 12:11                                          |                                  | 22                                                   |                                            | 40804089                                 |                           | RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)          |                                             | 001                                                               |  | 1.0                    |  | 35.64                       |  | 35.64            |  |
| 2 19/05/2023                                                                                                                                                             |  | 12:11                                                             |                                  | 12:11                                          |                                  | 22                                                   |                                            | 40804097                                 |                           | RX - PE OU PODODACTILO                             |                                             | 001                                                               |  | 1.0                    |  | 35.64                       |  | 35.64            |  |
| 3 19/05/2023                                                                                                                                                             |  | 12:34                                                             |                                  | 12:34                                          |                                  | 22                                                   |                                            | 10101039                                 |                           | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                         |                                             | 001                                                               |  | 1.0                    |  | 107.00                      |  | 107.00           |  |
| 4 19/05/2023                                                                                                                                                             |  | 12:34                                                             |                                  | 12:34                                          |                                  | 22                                                   |                                            | 30728134                                 |                           | LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - |                                             | 001                                                               |  | 1                      |  | 1                           |  | 92.00            |  |
| 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                       |  |                                                                   |                                  |                                                |                                  |                                                      |                                            |                                          |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 3                                                                                                                                                                        |  | 12                                                                |                                  | 23876304000112                                 |                                  | PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR              |                                            | PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR  |                           | 06                                                 |                                             | 28.801                                                            |  | 41                     |  | 225270                      |  |                  |  |
| 4                                                                                                                                                                        |  | 12                                                                |                                  | 23876304000112                                 |                                  | PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR              |                                            | PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR  |                           | 06                                                 |                                             | 28.801                                                            |  | 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>270.28                                                                                                                              |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>34.24                     |                                  | 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>304.52                                  |  |                        |  |                             |  |                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                          |  |                                                                   |                                  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                  |                                                      |                                            | 68 - Assinatura do Contratado            |                           |                                                    |                                             |                                                                   |  |                        |  |                             |  |                  |  |

\*4308520\*