

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

2 - Nº Guia no Prestador 7920839000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                          |  |                                                                   |  |                                              |  |                                                      |  |                                            |  |                            |  |                                             |  |                                                                   |  |                                          |  |                             |  |                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                               |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |  |                                              |  |                                                      |  |                                            |  |                            |  |                                             |  |                                                                   |  |                                          |  |                             |  |                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |
| 4 - Data de Autorização<br>18/08/2023                                                                                                                                    |  | 5 - Senha<br>12855                                                |  | 6 - Data de Validade da Senha                |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>12855 |  |                                            |  |                            |  |                                             |  |                                                                   |  |                                          |  |                             |  |                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>11112774                                                                                                                                       |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                            |  | 10 - Nome<br>GABRIEL VIEIRA ZONEMBERG        |  | 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>PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES                                                                                           |  |                                                                   |  | 16 - Conselho Profissional<br>06             |  | 17 - Número no Conselho<br>35946.                    |  | 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>18/08/2023                            |  | 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 18/08/2023                                                                                                                                                             |  | 18:14                                                             |  | 18:14                                        |  | 22                                                   |  | 10101039                                   |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |  | 001                                         |  | 1.0                                                               |  | 100.00                                   |  | 100.00                      |  |                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |
| 2 18/08/2023                                                                                                                                                             |  | 18:15                                                             |  | 18:15                                        |  | 22                                                   |  | 40804097                                   |  | RX - PE OU PODODACTILO     |  | 001                                         |  | 1.0                                                               |  | 35.64                                    |  | 35.64                       |  |                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |
| 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 LUAN CELSO GONCALVES                         |  | 06                                         |  | 31.517                     |  | 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>135.64                                                                                                                              |  |                                                                   |  | 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>135.64 |  |  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                          |  |                                                                   |  |                                              |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável       |  |                                            |  |                            |  | 68 - Assinatura do Contratado               |  |                                                                   |  |                                          |  |                             |  |                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |

\*4376093\*