

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

2 - Nº Guia no Prestador **8024607000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 18/10/2023		5 - Senha 14035		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14035													
8 - Número da Carteira 4362731		9 - Validade da Carteira 31/12/2023		10 - Nome MIGUEL FERNANDES LIBERATORI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		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 JOYCE APARECIDA F DE MELLO			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 39.294		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 18/10/2023		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 18/10/2023 10:39 10:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 100.00 100.00																			
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 JOYCE APARECIDA F DE MELLO 06 39.294 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\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 378.86		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 99.81		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 578.67							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											

4442355