

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

2 - Nº Guia no Prestador **804165600000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>27/10/2023</b>	5 - Senha <b>14068</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>14068</b>

<b>Dados do Beneficiário</b>				
8 - Número da Carteira <b>1118861</b>	9 - Validade da Carteira <b>31/12/2023</b>	10 - Nome <b>LUIS FELIPE MOREIRA TOGUETTO</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>

<b>Dados do Solicitante</b>					
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>				
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	16 - Conselho Profissional <b>10</b>	17 - Número no Conselho <b>00001</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225320</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>		
21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>26/10/2023</b>	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

<b>Dados do Contratado Executante</b>		
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>

<b>Dados do Atendimento</b>			
32 - Tipo Atendimento <b>05</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
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	27/10/2023	08:33	08:33	22	41101316	RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	001		1.0	700.88	700.88

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>										
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			

<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>									
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>700.88</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>700.88</b>
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		