

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

2 - Nº Guia no Prestador 8056498000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 07/11/2023		5 - Senha 14388		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14388													
8 - Número da Carteira 4315464		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome LUCAS FERNANDES DOS SANTOS		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 LEONARDO ODEBRECHT			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 26780		18 - UF 41		19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 07/11/2023		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 06/11/2023		12:44		12:44		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		100.00		100.00	
2 06/11/2023		12:46		12:46		22		40804089		RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001		1.0		35.64		35.64	
3 06/11/2023		12:46		12:46		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		VINICIUS MEDINA GUIMARAES		06		4.0959		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\$) 171.28		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\$) 171.28							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											