

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

2 - Nº Guia no Prestador **8249362000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 29/04/2024	5 - Senha 15307	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15307

Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 114207174	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	89 - Nome Social

10 - Nome
MATEUS SILVEIRA XAVIER

Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID R	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38877.	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	--	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/02/2024	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial

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

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

Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
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 29/02/2024	13:41	13:41	22	41101316	RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	001			1.0	700.88	700.88

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 700.88	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\$) 700.88
--	---	--	---	---	---	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado