

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

2 - Nº Guia no Prestador 8259758000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 06/03/2024		5 - Senha 15670		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15670																	
8 - Número da Carteira 11113295		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N																	
10 - Nome ESTEVAN LEITE																							
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																					
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAFAEL SANCHES CALVO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38210.		18 - UF 41		19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/03/2024		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																							
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		91 - Regime de Atendimento 04		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 05/03/2024		14:21		14:21		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		100.00		100.00	
2 05/03/2024		15:33		15:33		22		40301630		CREATININA - PESQUISA E/OU DOSAGEM		001						1.0		4.75		4.75	
3 05/03/2024		15:33		15:33		22		40304361		HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACÖES (ER		001						1.0		10.55		10.55	
4 05/03/2024		15:33		15:33		22		40308391		PROTEINA C REATIVA, QUANTITATIVA - PESQUISA E/OU D		001						1.0		26.35		26.35	
5 05/03/2024		15:33		15:33		22		40311210		ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS ANO		001						1.0		10.14		10.14	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48-Sq.Ref. 1		49-Gr.Part 12		50-Cód na operadora/CPF 23876304000112		51-Nome do Profissional PAULO RAFAEL SANCHES CALVO		52-Conselho Prof 06		53-Número no Conselho 38210.		54-UF 41		55-Código CBO 225225									
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\$) *****		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) *****		61 - Total de Materiais (R\$) *****		62 - Total de OPME (R\$) *****		63 - Total de Medicamentos (R\$) *****		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) *****		65 - Total Geral (R\$) *****											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

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

2 - Nº Guia no Prestador 8259758000000

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																											
4 - Data de Autorização 06/03/2024		5 - Senha 15670		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15670																							
8 - Número da Carteira 11113295		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N																							
10 - Nome ESTEVAN LEITE																													
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																											
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAFAEL SANCHES CALVO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38210.		18 - UF 41		19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/03/2024		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																													
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A						31 - Código CNES 9365230																					
Dados do Atendimento																													
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de Atendimento 04		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 05/03/2024		15:36		15:36		22		40804097		RX - PE OU PODODACTILO		001						1.0				35.64		35.64					
2 05/03/2024		16:08		16:08		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0				100.00		100.00					
3 05/03/2024		16:09		16:09		22		40804097		RX - PE OU PODODACTILO		001						1.0				35.64		35.64					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																													
48-Sq.Ref. 2		49-Gr.Part 12		50-Cód na operadora/CPF 23876304000112		51-Nome do Profissional DANIELLE HORING GRUBERT		52-Conselho Prof 06		53-Número no Conselho 45480		54-UF 41		55-Código CBO 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\$) 323.07		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 15.66		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 41.99		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 380.72																	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																					