

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

2 - Nº Guia no Prestador **826282200000**

Folha: 1 / 1

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS 000000 | 3 - Número da Guia Principal |
|-----------------------------------|------------------------------|

| | | | |
|--|---------------------------|-------------------------------|---|
| 4 - Data de Autorização 06/03/2024 | 5 - Senha 15700 | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15700 |
|--|---------------------------|-------------------------------|---|

| | | | |
|---|---|------------------|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | | |
| 8 - Número da Carteira 11412719 | 9 - Validade da Carteira 31/12/2025 | 89 - Nome Social | 12 - Atendimento a RN N |

10 - Nome
ANGELINA BUENO MIRKOSKI

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

| | | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante ENDRIW GASEL | 16 - Conselho Profissional 06 | 17 - Número no Conselho 33707 | 18 - UF 41 | 19 - Código CBO 225225 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|---|

| | | | |
|---|---|------------------------|--------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | | | |
| 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 06/03/2024 | 15:54 | 15:54 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001 | | | 1.0 | 100.00 | 100.00 |
| 2 06/03/2024 | 15:56 | 15:56 | 22 | 40804089 | RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) | 001 | | | 1.0 | 35.64 | 35.64 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|-------|---------------|--|--|--|
| 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 | | | |
| 1 | 12 | 23876304000112 | PLANTAO SAMUEL MACHADO | 06 | 286.84 | 41 | 225125 | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 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\$) 135.64 | 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\$) 135.64 |
|--|---|--|---|---|---|---|

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