

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

2 - Nº Guia no Prestador 8289017000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 19/03/2024		5 - Senha 16088		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16088																	
8 - Número da Carteira 4315091		9 - Validade da Carteira 30/12/2025		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N																	
10 - Nome MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA																							
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																					
15 - Nome do Profissional Solicitante ELLEN UNOKI SANTOS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18969		18 - UF 41		19 - Código CBO 225165		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 19/03/2024		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.											
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													
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 19/03/2024		14:46		14:46		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		100.00		100.00					
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 ELLEN UNOKI SANTOS		52-Conselho Prof 06		53-Número no Conselho 18969		54-UF 41		55-Código CBO 225165									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1 -		/		/		3 -		/		/		5 -		/		/		9 -		/		/	
2 -		/		/		4 -		/		/		6 -		/		/		10 -		/		/	
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00		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\$) 100.00											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															