

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

2 - Nº Guia no Prestador 8322261000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 04/04/2024		5 - Senha 16259		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16259																	
8 - Número da Carteira 11113379		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N																	
10 - Nome MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO																							
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																					
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/04/2024		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 03		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 04/04/2024		10:07		10:07		22		10101012		CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		001						1.0		56.50		56.50	
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		SAMUEL MACHADO		06		28684		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\$) 56.50		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\$) 56.50											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															