

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

2 - Nº Guia no Prestador **8327521000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>06/04/2024</b>	5 - Senha <b>7272</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>7272</b>

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira <b>1141716</b>	9 - Validade da Carteira <b>31/12/2025</b>	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN <b>N</b>

10 - Nome  
**ANY GABRIELI NORONHA**

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

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL SALEM VEDOVELLO</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>46406</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225225</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>06/04/2024</b>	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 <b>23876304000112</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>

Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento <b>04</b>	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 06/04/2024	22:41	22:41	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
2 06/04/2024	22:46	22:46	22	41001010	TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	001			1.0	346.20	346.20
3 06/04/2024	22:55	22:55	22	41001125	TC - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATE	001			0.7	217.28	217.28

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	RAFAEL SALEM VEDOVELLO	06	46406	41	225225		

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\$) <b>663.48</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>45.10</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>379.34</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>19.20</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>1107.12</b>
--	--	--	---	--	---	--

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