

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

2 - Nº Guia no Prestador 8330680000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 09/04/2024		5 - Senha 16650		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16650									
8 - Número da Carteira 114213308		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N									
10 - Nome VITORIA DA SILVA ROJA															
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A													
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45480		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/04/2024		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.			
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 08/04/2024 17:56		22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		100.00		100.00			
2 08/04/2024 17:57		22 40804054		RX - JOELHO		001		1.0		35.64		35.64			
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 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\$) 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							