

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

2 - Nº Guia no Prestador 8437895000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 03/06/2024		5 - Senha 18257		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18257													
8 - Número da Carteira 4315759		9 - Validade da Carteira 30/12/2039		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N													
10 - Nome THEO CAMARGO GUADAGNOLI																			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JULIANA SONNI BIRAL		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 43027		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/06/2024		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 03/06/2024		17:02		17:02		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 AMANDA SIMAO VIGO		52-Conselho Prof 06		53-Número no Conselho 43057		54-UF 41		55-Código CBO 225124					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 - __/__/____		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - __/__/____		5 - __/__/____		7 - __/__/____		9 - __/__/____											
2 - __/__/____		4 - __/__/____		6 - __/__/____		8 - __/__/____		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											