

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

2 - Nº Guia no Prestador 8443587000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 06/06/2024		5 - Senha 18017		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18017																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 11112733		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome ANA LUIZA DE SOUZA BOHN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N															
Dados do Solicitante																							
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												
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/06/2024		23 - Indicação Clínica																			
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 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																	
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 06/06/2024		10:02		10:02		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		100.00		100.00	
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\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)											
100.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		100.00											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															