

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

2 - Nº Guia no Prestador 8452472000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																															
4 - Data de Autorização 11/06/2024		5 - Senha 17155		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17155																											
8 - Número da Carteira 11112304		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome JOAO VICTOR TERRES RODRIGUES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																									
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 2												22 - Data da Solicitação 11/06/2024		23 - Indicação Clínica																			
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																										
36 - Data 1 11/06/2024												37 - Hr.Inicial 11:03		38 - Hr.Final 11:03		39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001		43 - Via 001		44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 1.0		46 - Valor Unitário 100.00		47 - Valor Total 100.00	
48 - Sq.Ref. 1												49 - Gr.Part 12		50 - Cód na operadora/CPF 23876304000112		51 - Nome do Profissional SAMUEL MACHADO		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 28684		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 - / / 2 - / /												57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - / / 4 - / /		5 - / / 6 - / /		7 - / / 8 - / /		9 - / / 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																					