

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

2 - Nº Guia no Prestador 8558535000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 11/08/2024		5 - Senha 19823		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19823													
Dados do Beneficiário																			
8 - Número da Carteira 11412553		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS		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 DANIELLE HORING GRUBERT			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45480		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/08/2024		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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		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 11/08/2024 19:34 19:34 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.3 100.00 100.00																			
2 11/08/2024 19:37 19:37 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 35.64 35.64																			
3 11/08/2024 19:37 19:37 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.64 35.64																			
4 11/08/2024 19:39 19:39 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 35.64 35.64																			
5 11/08/2024 21:17 21:17 22 41001141 TC - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU CO 001 0.7 252.39 252.39																			
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\$)		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\$)							
*****		*****		*****		*****		*****		*****		*****							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											

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

2 - Nº Guia no Prestador 8558535000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 11/08/2024		5 - Senha 19823		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19823													
8 - Número da Carteira 11412553		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS		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 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 11/08/2024		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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento												
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																			
6 11/08/2024		21:17		21:17		22		41001141		TC - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU CO		001		1.0		360.56		360.56	
7 11/08/2024		21:45		21:45		22		30721180		FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENT		001		1.3		208.00		208.00	
8 11/08/2024		21:45		21:45		22		30729165		FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - REDUCAO INCRUEN		001		1.3		73.45		73.45	
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																			
7		12		23876304000112		DANIELLE HORING GRUBERT		06		45480		41		225270					
8		12		23876304000112		DANIELLE HORING GRUBERT		06		45480		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\$) 1101.32		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 34.24		61 - Total de Materiais (R\$) 613.24		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 60.49		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 1809.29							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											

4795316