

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

2 - Nº Guia no Prestador 8564566000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 14/08/2024		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 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 2		22 - Data da Solicitação 14/08/2024		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 14/08/2024		18:19		18:19		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 PLANTAO SAMUEL MACHADO		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 286.84		54 - UF 41		55 - Código CBO 225125									
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\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 45.10		61 - Total de Materiais (R\$) 390.34		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 61.55		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 596.99											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															