

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

2 - Nº Guia no Prestador 8573382000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 20/08/2024		5 - Senha 19823		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19823							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 114100436		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 1		22 - Data da Solicitação 20/08/2024		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 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													
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													
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\$) 0.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 70.99		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.97		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 71.96	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					