

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

2 - Nº Guia no Prestador **8613346000000**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                  |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|-----------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/09/2024                                                                                                            |  | 5 - Senha<br>20865                                                |                                  | 6 - Data de Validade da Senha                  |                                   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>20865 |               |                                            |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 8 - Número da Carteira<br>114206789                                                                                                              |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2024                            |                                  | 10 - Nome<br>JOAO PEDRO SANTOS LIMA            |                                   | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |               | 12 - Atendimento a RN<br>N                 |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES                                                                           |  |                                                                   | 16 - Conselho Profissional<br>06 |                                                | 17 - Número no Conselho<br>035946 |                                                      | 18 - UF<br>41 |                                            | 19 - Código CBO<br>225225 |                                                    | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                 |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             | 22 - Data da Solicitação<br>11/09/2024           |  | 23 - Indicação Clínica                                            |  |                |  |                             |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                                      |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial |  | 26 - Descrição                                                    |  | 27 - Qt.Solic. |  | 28 - Qt.Autoriz.            |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                                                                                       |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             |                                                  |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |                |  | 31 - Código CNES<br>9365230 |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>23                                                                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                      |               |                                            |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 1 11/09/2024                                                                                                                                     |  | 08:54                                                             |                                  | 08:54                                          |                                   | 22                                                   |               | 10101039                                   |                           | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                         |                                             | 001                                              |  | 1.0                                                               |  | 100.00         |  | 100.00                      |  |
| 2 11/09/2024                                                                                                                                     |  | 08:54                                                             |                                  | 08:54                                          |                                   | 22                                                   |               | 41001125                                   |                           | TC - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATE |                                             | 001                                              |  | 1.0                                                               |  | 310.40         |  | 310.40                      |  |
| 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                                 |                                   | PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES                |               | 06                                         |                           | 35946.                                             |                                             | 41                                               |  | 225225                                                            |  |                |  |                             |  |
| 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\$)<br>410.40                                                                                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                      |                                  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>133.18        |                                   | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |               | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>4.11   |                           | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00       |                                             | 65 - Total Geral (R\$)<br>547.69                 |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                  |  |                                                                   |                                  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                   |                                                      |               | 68 - Assinatura do Contratado              |                           |                                                    |                                             |                                                  |  |                                                                   |  |                |  |                             |  |

\*4831430\*