

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

2 - Nº Guia no Prestador **862921700000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 19/09/2024	5 - Senha 21136	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21136

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 4362686	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome SAMUEL SANTANA SERRA	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 19/09/2024	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
1 19/09/2024	09:54	09:54	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2 19/09/2024	09:55	09:55	22	40803090	RX - COTOVELO	001			1.0	35.64	35.64

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
1	12	23876304000112	DANIELLE HORING GRUBERT				06	45480	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1 - ___/___/___	2 - ___/___/___	3 - ___/___/___	4 - ___/___/___	5 - ___/___/___	6 - ___/___/___	7 - ___/___/___	8 - ___/___/___	9 - ___/___/___	10 - ___/___/___

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64	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\$) 135.64
--	---	--	---	---	---	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------