

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

2 - Nº Guia no Prestador **8667511000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/10/2024		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 2		22 - Data da Solicitação 09/10/2024	
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) 2	
34 - Tipo de Consulta 2		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\$) 74.17	
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\$) 74.17			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			