

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

2 - Nº Guia no Prestador 8669521000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																																																					
4 - Data de Autorização 11/12/2024		5 - Senha 20314		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20314																																																	
8 - Número da Carteira 11412681		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																																															
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																																																					
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO MIGUEL CASADO NETO			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 27211		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																												
21 - Caráter do Atendimento 1												22 - Data da Solicitação 10/10/2024		23 - Indicação Clínica																																									
24 - Tabela												25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.																																					
29 - Código na Operadora 23876304000112												30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				31 - Código CNES 9365230																																							
32 - Tipo Atendimento 02		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			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																							
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																							

4900121