

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

2 - Nº Guia no Prestador 8670735000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																													
4 - Data de Autorização 11/10/2024		5 - Senha 21253		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21253																									
8 - Número da Carteira 11480939		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome MAYCON DE SOUSA AQUINO		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 VITOR HUGO DUARTE			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 34438.		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																				
21 - Caráter do Atendimento 1												22 - Data da Solicitação 11/10/2024		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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 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 11/10/2024		14:14		14:14		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		001		1.0		700.88		700.88													
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\$) 700.88		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\$) 700.88																			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																							