

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

2 - Nº Guia no Prestador 8680295000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora 19305	12 - Atendimento a RV N
4 - Data de Autorização 17/10/2024	5 - Sexo 19305	8 - Data de Validade da Guia 31/12/2025	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome IGOR RIBEIRO MEDEIROS
6 - Número da Carteira 114100631	13 - Código da Operadora 23876304000112		
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684
21 - Caudex do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/10/2024	23 - Indicação Clínica	18 - UF 41
24 - Tabela 25 - Causa do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	19 - Causa CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
27 - Q1 Satisf. 28 - Q1 Aderiz.			

Dados do Contratado - Beneficiário		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNEB 9365230
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Atendimento (admissão ou tempo reatuação) 9
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 17/10/2024	37 - HC Inicial 09:23	38 - HC Final 09:23	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição CONEXÃO EM CONJUNTO DO LIGAMENTO NOBIS DO PREC.
42 - Q1 Satisf. 43 - Q1 Aderiz.	44 - Tabela 45 - Valor Unitário 46 - Valor Total	47 - Valor Total	48 - Valor Total

Identificação do(a) Profissional Encarregado		52 - Conselho Prof. 06	53 - Número no Conselho 28684	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270
49 - RG 12	50 - Data de Part. 23/04/2012	51 - Nome do Profissional SAMUEL MACHADO	56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	59 - Observação / Justificativa
60 - Total da Prestação (R\$) 56.50	61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	62 - Total de Materiais (R\$) 0.00	63 - Total de OPMs (R\$) 0.00	64 - Total de Custos Médicos (R\$) 56.50	65 - Total da Guia (R\$) 56.50
FATURA					