

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

2 - Nº Guia no Prestador **8710964000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																			
4 - Data de Autorização 01/11/2024		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 THIAGO SANTOS VIEIRA			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 40096		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante										
21 - Caráter do Atendimento 1												22 - Data da Solicitação 01/11/2024		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 05		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													