

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

2 - Nº Guia no Prestador **8716182000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 05/11/2024		5 - Senha 22848		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22848													
8 - Número da Carteira 4362368		9 - Validade da Carteira 01/10/2030		10 - Nome ERICK PEREIRA ROSSI		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 DANIELLE HORING GRUBERT			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45480		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 05/11/2024		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 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 05/11/2024		12:44		12:44		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		100.00		100.00	
2 05/11/2024		12:44		12:44		22		30722420		FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEAN		001		1		1.0		56.50	
58 - Observação / Justificativa																			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 156.50		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 74.17		61 - Total de Materiais (R\$) 3.68		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\$) 234.35							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											