

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

2 - Nº Guia no Prestador **8734035000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 14/11/2024		5 - Senha 23206		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23206													
8 - Número da Carteira 11481006		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome NICOLE RIBEIRO DA SILVA		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 RAFAEL SALEM VEDOVELLO			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 46406		18 - UF 41		19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 14/11/2024		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 11		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																			
1 14/11/2024		15:15		15:15		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		100.00		100.00	
2 14/11/2024		15:18		15:18		22		41001010		TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS		001		1.0		346.20		346.20	
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																			
1		12		23876304000112		RAFAEL SALEM VEDOVELLO		06		46406		41		225225					
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\$) 446.20		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 250.43		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 44.80		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 741.43							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											