

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

2 - Nº Guia no Prestador **8756806000000**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                  |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|--|--------|--|--------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 4 - Data de Autorização<br>29/11/2024                                                                                                            |  | 5 - Senha<br>23838                                                |                                  | 6 - Data de Validade da Senha                  |                                   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>23838            |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 8 - Número da Carteira<br>0000000                                                                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>05/05/2025                            |                                  | 10 - Nome<br>ANA CLARA NUNES DE ANDRADE        |                                   | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                         |               | 12 - Atendimento a RN<br>N                |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI                                                                    |  |                                                                   | 16 - Conselho Profissional<br>06 |                                                | 17 - Número no Conselho<br>036344 |                                                                 | 18 - UF<br>41 |                                           | 19 - Código CBO<br>225124 |                                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>29/11/2024                            |                                  | 23 - Indicação Clínica                         |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                  |                                  | 26 - Descrição                                 |                                   | 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                   |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                                                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             | 31 - Código CNES<br>9365230      |  |                         |  |        |  |        |  |
| Dados do Atendimento                                                                                                                             |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>02                                                                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>2  |                                  | 34 - Tipo de Consulta                          |                                   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                      |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                            |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 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 29/11/2024                                                                                                                                     |  | 14:42                                                             |                                  | 14:42                                          |                                   | 22                                                              |               | 10101039                                  |                           | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                   |                                             | 001                              |  | 1.0                     |  | 100.00 |  | 100.00 |  |
| 2 29/11/2024                                                                                                                                     |  | 14:47                                                             |                                  | 14:47                                          |                                   | 22                                                              |               | 40801098                                  |                           | RX - OSSOS DA FACE                           |                                             | 001                              |  | 1.0                     |  | 39.96  |  | 39.96  |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                                                               |  |                                                                   |                                  |                                                |                                   |                                                                 |               |                                           |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |
| 48-Sq.Ref.<br>1                                                                                                                                  |  | 49-Gr.Part<br>12                                                  |                                  | 50-Cód na operadora/CPF<br>23876304000112      |                                   | 51-Nome do Profissional<br>PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI |               | 52-Conselho Prof<br>06                    |                           | 53-Número no Conselho<br>036344              |                                             | 54-UF<br>41                      |  | 55-Código CBO<br>225124 |  |        |  |        |  |
| 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\$)<br>139.96                                                                                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                      |                                  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>371.48        |                                   | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                |               | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>42.07 |                           | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 |                                             | 65 - Total Geral (R\$)<br>553.51 |  |                         |  |        |  |        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                  |  |                                                                   |                                  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                   |                                                                 |               | 68 - Assinatura do Contratado             |                           |                                              |                                             |                                  |  |                         |  |        |  |        |  |