

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

2 - Nº Guia no Prestador 8829764000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
09/02/2025

5 - Senha
24103

6 - Data de Validade da Senha
24103

7 - Número da Guia Atrelada para Operatória

8 - Número da Carteira
1119232

9 - Validade da Carteira
01/02/2026

10 - Nome
SERGIO WILLIAM DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operatória
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Título
25 - Código do Procedimento
ou Item Adicional

27 - QI Solic. 28 - QI Aporte

Dados do Contratado/Estabelecimento

29 - Código na Operatória
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados de Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Atividade (incluindo ou dentro reconhecida)
2

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Encargos / Encargamentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Unidade	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Orda.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Valor R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	09/02/2025	17:54	17:54	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
2	09/02/2025	17:54	17:54	22	EX - FE CD PODODACTILO	001			1.0	35.64	35.64
											135.64

Identificação do Profissional Encarregado

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cid na Operatória/CPF 51 - Nome do Profissional
12 23876304000112 FLAVIANE NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38877 41 225270

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
135.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total da Guia Medicinas (R\$)
0.00

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: RESCUCLEONE

Data/Hora: 12/03/2025 11:16:46

Cartão de: 4900987

Atendimento: 8829764

Comércio CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC

4980067

FATURAMENTO
CNPJ: 28.028.404/000112
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A