

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

2 - Nº Guia no Prestador 8834229000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
5 - Série
12/02/2025 24209

6 - Data de Validação da Guia
7 - Número de Guia Atualizada para Operadora
11/03/2027 24209

8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Número da Carteira Nacional em Série
12 - Atendimento a RM
114225082 11/03/2027 NICOLE EDUARDA DAMASCENO VIEIRA N

13 - Código da Operadora
14 - Nome do Contratado
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
IVAN CESAR TANAKA KUSSANO 06 029159 41 225225

21 - Causa de Afastamento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Taboas
25 - Causa do Procedimento
26 - Descrição
27 - Q1 Sorte
28 - Orçamento
1 12/02/2025

29 - Código no Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNEC
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 9365230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04 2 1

Dados de Execução / Procedimento e Gastos Realizados											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Valor da	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtda.	43 - Via	44 - Trm.	45 - Etor R/Ace	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 13/02/2025	15:00	16:00	22	1000109	CONSULTA EM PONTOS ECTOMIO	012				100.00	100.00
2 13/02/2025	15:01	16:01	22	400401.1	RM - BASTIA	021				35.64	35.64
3 13/02/2025	15:01	16:01	22	400401.2	RM - BASTIA	021			1.0	36.72	36.72

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na Operadora/CPM 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTIO VITICOLA PEDINA GUIMARÃES

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 40.959 41 225230

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Contratado ou Responsável
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

58 - Observações / Justificativa
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gastos Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
172.36 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 172.36

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Representante
68 - Assinatura do Contratado
69 - Assinatura do Profissional
70 - Assinatura do Profissional Solicitante
71 - Assinatura do Profissional Solicitante
72 - Assinatura do Profissional Solicitante
73 - Assinatura do Profissional Solicitante
74 - Assinatura do Profissional Solicitante
75 - Assinatura do Profissional Solicitante
76 - Assinatura do Profissional Solicitante
77 - Assinatura do Profissional Solicitante
78 - Assinatura do Profissional Solicitante
79 - Assinatura do Profissional Solicitante
80 - Assinatura do Profissional Solicitante
81 - Assinatura do Profissional Solicitante
82 - Assinatura do Profissional Solicitante
83 - Assinatura do Profissional Solicitante
84 - Assinatura do Profissional Solicitante
85 - Assinatura do Profissional Solicitante
86 - Assinatura do Profissional Solicitante
87 - Assinatura do Profissional Solicitante
88 - Assinatura do Profissional Solicitante
89 - Assinatura do Profissional Solicitante
90 - Assinatura do Profissional Solicitante
91 - Assinatura do Profissional Solicitante
92 - Assinatura do Profissional Solicitante
93 - Assinatura do Profissional Solicitante
94 - Assinatura do Profissional Solicitante
95 - Assinatura do Profissional Solicitante
96 - Assinatura do Profissional Solicitante
97 - Assinatura do Profissional Solicitante
98 - Assinatura do Profissional Solicitante
99 - Assinatura do Profissional Solicitante
100 - Assinatura do Profissional Solicitante

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO
5007165