

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

2 - Nº Guia no Prestador 8834475000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autenticação 17/02/2025 5 - Série 24211 6 - Data de Validade da Série 24211 7 - Número de Guia Autóclavo pela Operadora

8 - Número da Carteira 4316291 9 - Validade da Carteira 30/08/2029 10 - Nome SOPHIA BRAGA GERARDO 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 8980004129626509 12 - Abundamento a RN N

13 - Código da Operação 23876304000112 14 - Nome da Contratada HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 15 - Nome do Profissional Solicitante LUAN CELSO GONCALVES 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número na Carteira 3151.7 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 17/02/2025 23 - Indicação Clínica 24 - Intervalo 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Dt. Solic. 28 - Dt. Autoriz.

Dados do Contratado Especialidade 29 - Código na Operadora 23876304000112 30 - Nome da Contratada HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 31 - Código CNEB 9365230

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 13 33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença ressonância) 2 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Valores Relacionados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Taboia 40 - Procedimento 41 - Imagem 42 - Q-de 43 - Via 44 - Tec. 45 - Valor R/box 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

Identificação dos Profissionais Envolvidos 48 - Sig. Pac. 49 - Cx. Pac. 50 - CxId na Operadora/CNP 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) 209.09 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Absentes (R\$) 5.78 62 - Total de GPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 214.87

66 - Assinatura do Responsável pela Autenticação

Impressão por: RSCOLEONE

Data Hora: 12/02/2025 11:18:51

Comiss. Op. 4283987

Atendimento: 8834475

Contratado: NCA ADVENTISTA CLAC

FATURAMENTO 21082087*

4983987