

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

2 - Nº Guia no Prestador 8847316000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Primária	5 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atendida pelo Operadora
000000		24607	24607
4 - Data da Autorização	5 - Sentença	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
26/02/2025		31/12/2025	GABRIEL PAIVA A SILVA
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional do Saúde
11112726	31/12/2025	GABRIEL PAIVA A SILVA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	IVAN CESAR TANAKA KUSSANO	06
17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
029159	41	225225	
Dados do Solicitador / Provedor e Exame Solicitado			
21 - Código do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
1	26/02/2025		
24 - Fábula	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	

Dados do Contrato Exatante		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNEB
28 - Código na Operadora		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	9365230
23876304000112			
Dados do Atendimento			
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 / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
1 26/02/2025	13:33	13:33	22
2 26/02/2025	13:34	13:34	22
40 - Procedimento			
41 - Descrição			
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
RX - MAR OM QUEBROADO			
42 - Qtd			
43 - Via			
44 - Tec			
45 - Fator R/Aux			
46 - Valor Unitário			
47 - Valor Total			
48 - Qtd			
49 - Valor			
50 - Valor			
51 - Valor			
52 - Valor			
53 - Valor			
54 - Valor			
55 - Valor			

Identificação do Profissional Examinado		52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - RG Prof.		49 - Gr. Prof.	50 - Cod. na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	
12		23876304000112		NATANILDO CARLOS PEREIRA NOGUEIRA	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série					
57 - Assinatura do Sanitário ou Responsável					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Observação / Justificativa					
60 - Total de Procedimentos (R\$)					
135.64					
61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)					
0.00					
62 - Total do Material (R\$)					
0.00					
63 - Total de Ofício (R\$)					
0.00					
64 - Total de Medicamentos (R\$)					
0.00					
65 - Total Geral (R\$)					
135.64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
69 - Assinatura do Contratado					
70 - Assinatura do Contratado					
71 - Assinatura do Contratado					
72 - Assinatura do Contratado					
73 - Assinatura do Contratado					
74 - Assinatura do Contratado					
75 - Assinatura do Contratado					
76 - Assinatura do Contratado					
77 - Assinatura do Contratado					
78 - Assinatura do Contratado					
79 - Assinatura do Contratado					
80 - Assinatura do Contratado					
81 - Assinatura do Contratado					
82 - Assinatura do Contratado					
83 - Assinatura do Contratado					
84 - Assinatura do Contratado					
85 - Assinatura do Contratado					
86 - Assinatura do Contratado					
87 - Assinatura do Contratado					
88 - Assinatura do Contratado					
89 - Assinatura do Contratado					
90 - Assinatura do Contratado					
91 - Assinatura do Contratado					
92 - Assinatura do Contratado					
93 - Assinatura do Contratado					
94 - Assinatura do Contratado					
95 - Assinatura do Contratado					
96 - Assinatura do Contratado					
97 - Assinatura do Contratado					
98 - Assinatura do Contratado					
99 - Assinatura do Contratado					
100 - Assinatura do Contratado					