

# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador  
**21179627**

Folha : 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação <b>27970</b>		
4 - Data da Autorização <b>15/05/2025</b>	5 - Senha <b>27970</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>27970</b>

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira <b>114208712</b>	9 - Validade da Carteira <b>31/12/2026</b>	10 - Nome <b>PETER FRANCA DA CONCEICAO</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>

Dados do Contratado Executante		
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	15 - Código CNES <b>9365230</b>

Dados da Internação										
16 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	17 - Tipo de Faturamento <b>4</b>	18 - Data do Início do Faturamento <b>15/05/2025</b>	19 - Hora do Início do Faturamento <b>22:12:00</b>	20 - Data do Fim do Faturamento <b>18/05/2025</b>	21 - Hora do Fim do Faturamento <b>11:10:00</b>	22 - Tipo de Internação <b>1</b>	23 - Regime de Internação <b>2</b>			
24 - CID10 Principal(Opc.) <b>S760</b>	25 - CID10(2)(Opc.)	26 - CID10(3)(Opc.)	27 - CID10(4)(Opc.)	28 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	29 - Motivo de Encerramento da Internação <b>12</b>	30 - Número da declaração de nascido Vivo	31 - CID10 Óbito(Opc.)	32 - Numero da declaração de óbito	33 - Indicador D.O. de RN <b>N</b>	

Procedimentos e Exames Realizados												
34-Data	35-Hr.Inicial	36-Hr.Final	37-Tabela	38-Procedimento	39-Descrição	40-Qtde	41-Via	42-Téc.	43-Ft Red/Acr	44-Valor Unitário	45-Valor Total	
1 15/05/2025	22:19	11:10	22	40304361	Hemograma com contagem de plaquetas ou fracoes (ex	001				1.0	10.55	10.55
2 15/05/2025	22:19	11:10	22	40304370	Hemosedimentacao, (VHS) - pesquisa e/ou dosagem	001				1.0	4.75	4.75
3 15/05/2025	22:19	11:10	22	40308391	Proteina C reativa, quantitativa - pesquisa e/ou d	001				1.0	26.35	26.35
4 16/05/2025	08:00	11:10	22	10102019	Visita hospitalar (paciente internado)	001				1.0	42.00	42.00
5 16/05/2025	09:00	11:10	22	10102019	Visita hospitalar (paciente internado)	001				1.0	42.00	42.00
6 18/05/2025	08:00	11:10	22	10102019	Visita hospitalar (paciente internado)	001				1.0	42.00	42.00

Identificação da Equipe							
46-Sq.Ref.	47-Grau Part.	48-Cód na operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Nº no Conselho	52-UF	53-Código CBO
1	12	23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	10	00001	41	225320
2	12	23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	10	00001	41	225320
3	12	23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	10	00001	41	225320
4	12	23876304000112	MANUEL DUARTE GILBERTO	06	8788	41	225270
5	12	23876304000112	MANUEL DUARTE GILBERTO	06	8788	41	225270
6	12	23876304000112	MANUEL DUARTE GILBERTO	06	8788	41	225270

54 - Total de Procedimentos (R\$) <b>167.65</b>	55 - Total de Diárias (R\$) <b>552.12</b>	56 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	57 - Total de Materias (R\$) <b>510.05</b>	58 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	59 - Total de Medicamentos (R\$) <b>741.78</b>	60 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total Geral (R\$) <b>1971.60</b>
--	--	---	---	---	---	---	--

62 - Data da assinatura do contratado	63 - Assinatura do contratado	64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
---------------------------------------	-------------------------------	--

65 - Observações / Justificativa

Procedimentos e exames realizados (Continuação)

34 - Data	35 - Hr.Inicial	36 - Hr.Final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtde.	41 - Via	42 - Téc.	43 -Fator Red / Acresc.	44 -Valor Unitário - (R\$)	45 -Valor Total - (R\$)

Identificação da Equipe (Continuação)

46 - Seq.Ref.	47 - Grau Part.	48 - Código na operadora/CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO

65 - Observação / Justificativa

--