



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

2 - N° Guia no Prestador 547887454

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 11412579	9 - Validade da Carteira 01/02/2024	10 - Nome KAROLAINÉ JANDREY DA SILVA	12 - Afiliamento a RN N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Nome do Profissional Solicitante 28684
17 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	18 - Conselho Profissional 6	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Causa do Atendimento	22 - Data da Solicitação 09/05/2023	23 - Indicação Clínica FORTELECIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO	24 - Descrição PATOLOGIA OSTEONICARTILAR EM UM MEMBRO
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 20103484	26 - Descrição PATOLOGIA OSTEONICARTILAR EM UM MEMBRO	27 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	28 - QI Autoriz. 0
Dados do Contratado / Exames Realizados			
29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	31 - Código CINES 9365230	32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data
37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Oide	43 - Via	44 - Tpo.
45 - % Red / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)			
49 - Seq. Ref.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Valor Total (R\$)
Dados da Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado	59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	60 - Assinatura do Responsável pela Autorização
61 - Total de Procedimentos (R\$)	62 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicinas (R\$)
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
69 - Total de Procedimentos (R\$)	70 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	71 - Total de Medicamentos (R\$)	72 - Total Gases Médicinas (R\$)
73 - Total Geral (R\$)	74 - Assinatura do Contratado	75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	76 - Assinatura do Contratado
77 - Total de Procedimentos (R\$)	78 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	79 - Total de Medicamentos (R\$)	80 - Total Gases Médicinas (R\$)
81 - Total Geral (R\$)	82 - Assinatura do Contratado	83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	84 - Assinatura do Contratado
85 - Total de Procedimentos (R\$)	86 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	87 - Total de Medicamentos (R\$)	88 - Total Gases Médicinas (R\$)
89 - Total Geral (R\$)	90 - Assinatura do Contratado	91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	92 - Assinatura do Contratado
93 - Total de Procedimentos (R\$)	94 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	95 - Total de Medicamentos (R\$)	96 - Total Gases Médicinas (R\$)
97 - Total Geral (R\$)	98 - Assinatura do Contratado	99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	100 - Assinatura do Contratado

7737819

Convênio INST ADVENTISTA-AP

Alendimento 7737819

Contat.Lote 7737819

Data Hora 09/05/2023 09:20:20

Impresso por SMACHADO