

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0
Atend.: 939355
Conta: 2119153

2 - N° Guia no Prestador 2119153

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal
15856

4 - Data da Autorização
12/03/2024

5 - Senha
15856

6 - Data Validade da Senha
12/03/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
15856

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
Arthur Rocha dos Reis

11 - Cartão Nacional de Saúde
704207273951981

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
07586409781

14 - Nome do Contratado
Romulo Fonseca de Matos

15 - Nome do Profissional Solicitante
Romulo Fonseca de Matos

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
20429

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/03/2024

23 - Indicação Clínica
S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtde.Solic.

28 - Qtde.Aut.

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
08325231000349

30 - Nome do Contratado
Hospital Infantil Pequeno Anjo

31 - Código CNES
2744937

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora inicial a

38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1

12/03/2024

08:48:33

14:48:33

00

00001022

Consulta em Pronto Socorro

1

1

1,00

90,00

90,00

2

3

4

5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

1

12

07586409781

Romulo Fonseca de Matos

6

20429

SC

225124

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
90,00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total Gases Medicinais R\$
0,00

65 - Total Geral (R\$)
90,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
/ /

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
08/04/2024

68 - Assinatura do Contratado
08/04/2024

Impresso em: 08/04/2024 08:41:03

Página 1

mfreitas

WATE70106

COLEGIO ADVENTISTA		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										V.3.0																									
												Atend.: 939355																									
												Conta: 2119153																									
2 - N° Guia no Prestador 2119153																																					
1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal 15856																																			
4 - Data da Autorização 12/03/2024		5 - Senha 15856		6 - Data Validade da Senha 12/03/2024		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15856																															
Dados do Beneficiário																																					
8 - Número da Carteira				9 - Validade da Carteira		10 - Nome Arthur Rocha dos Reis				11 - Cartão Nacional de Saúde 704207273951981			12 - Atendimento a RN N																								
Dados do Solicitante																																					
13 - Código na Operadora 07586409781				14 - Nome do Contratado Romulo Fonseca de Matos																																	
15 - Nome do Profissional Solicitante Romulo Fonseca de Matos				16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 20429		18 - UF SC	19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																										
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																																					
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/03/2024		23 - Indicação Clínica S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha																																	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			26 - Descrição					27 - Qtde.Solic.		28 - Qtde.Aut.																									
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
Dados do Contratado Executante																																					
29 - Código na Operadora 08325231000349				30 - Nome do Contratado Hospital Infantil Pequeno Anjo								31 - Código CNES 2744937																									
Dados do atendimento																																					
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																														
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																																					
36 - Data		37 - Hora inicial a		38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)																	
1		12/03/2024		10:14:24		10:14:24		22		40803120		Raio X Mao		1			1	1,00		251,89	251,89																
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																																					
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional				52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	55 - Código CBO																						
1		12		05391176921		Bruno Marino Schiocchet Monarim				6		15633		SC	225320																						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série												57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																									
1 -		/		/		3 -		/		/		5 -		/		/		7 -		/		/		9 -		/		/									
2 -		/		/		4 -		/		/		6 -		/		/		8 -		/		/		10 -		/		/									
58 - Observação / Justificativa																																					
59 - Total Procedimentos (R\$)												251,89		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		45,00		61 - Total Materiais (R\$)		48,90		62 - Total de OPME (R\$)		0,00		63 - Total Medicamentos (R\$)		0,76		64 - Total Gases Medicinais R\$		0,00		65 - Total Geral (R\$)		346,55	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização								67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				08/04/2024				68 - Assinatura do Contratado				08/04/2024																	
Impresso em: 08/04/2024 08:41:04												Página 2				mfreitas				WATE70106																	