

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

2 - Nº Guia no Prestador 302

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0 3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Emissão

6 - Data Validade da Sanita

7 - Número da Guia Afiliado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 11112766

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome GABRIEL SILVA PAULO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código do Operadora 23876304000112

14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZUB SAID

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 038877

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Nour Aliman El M. Said
Osteopata e Traumatologia
CRM-PR 388771 TEOT: 17992

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento 07/10/2024

22 - Indicação Clínica LUXAÇÃO DE PATELA EM JOELHO DIREITO

23 - Tabela 1 22 20103484 24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO

25 - Qd. Sáb. 10 26 - Qd. Antic. 0

Dados do Contratado / Estabelecimento

29 - Código na Operadora 238763040001

30 - Nome do Contrato HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

31 - Código CUES 9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Inicial 38 - M. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Real / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do Profissional Contratado

48 - San. Inal 49 - Gr. Part 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em Situa 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

FISIOTERAPIA

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: NANSUAD

Data/Time: 07/10/2024 01:15:56

Consultas: 000051

Atendimento: 000051

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8660551