

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

2 - Nº Guia no Prestador 343

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Pontual	
4 - Data de Autorização		5 - Sembr	
6 - Data Validade da Sembr		7 - Número da Guia Attribuída pelo Operadora	
8 - Número da Carteira 11112887		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome VINICIUS DA SILVA CONTI		11 - Número da Cartão Nacional de Saúde 898003455695851	
12 - Alinhamento a RDI N		13 - Código da Operadora 23876304000112	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação 26/11/2024		23 - Indicação Clínica FORTELECIMENTO DE TORNOZELO	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103484	
26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIARTICULAR EM UM MEMBRO		27 - Cx. Selo 15	
28 - Cx. Assent 0		29 - Código CBO 9365230	
30 - Código no Operadora 238763040001		31 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (anexo ou tempo relacionado)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Início	
38 - Fim		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd		43 - V/a	
44 - Tm		45 - % Red. Atenc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação dos Profissionais Envolvidos			
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Prof.	
50 - Código no Operadora/CNP		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização do Procedimento em Selo		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observações / Justificativas		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
62 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		63 - Total de OPIE (R\$)	
64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
66 - Total Geral (R\$)		67 - Assinatura do Contratado	
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Contratado	
Impresso por: SMACHADO		Data: 26/11/2024 10:53:20	
Conta/Lota: 8749870		Atendimento: 0748970	
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC		*8749870*	

SOLICITADO EM 26/11/2024
ORÇAMENTO E TRATAMENTO
CLINICA ADVENTISTA - CLAC