

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

2 - Nº Guia no Prestador 302

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 11112766	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome GABRIEL SILVA PAULO	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
13 - Código da Operadora 23876304000112	15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB 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
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 38877 | TEOT: 17992

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 07/10/2024	23 - Indicação Clínica LUXAÇÃO DE PATELA EM JOELHO DIRIETO	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 20103484	26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIARTICULAR EM UM MEMBRO	27 - Qt.Solic. 10
			28 - Qt.Autoriz. 0

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 9365230
29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição					

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional				

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	8 -
9 -	10 -		

68 - Observação / Justificativa
FISIOTERAPIA

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (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
---	--	-------------------------------