



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

2 - Nº Guia no Prestador 2

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário		8 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
000		MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS				N	

Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO		06		20133		41		225270		Dr. RODRIGO SCUSSIATO			

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caudex do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou		26 - Descrição		27 - Ql. Solic		28 - Ql. Autoriz	
1		22		20103492		PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS		50000144-03		10		0					

Dados do Contratado		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
HOSPITAL XV LTDA						3005585	

Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
4									

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

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)		48 - Seq. Ref		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	

56 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - 01/05/2022		[Assinatura]		2 - 01/05/2022		[Assinatura]		3 - 01/05/2022		[Assinatura]		4 - 01/05/2022		[Assinatura]		5 - 01/05/2022		[Assinatura]	

59 - Observação / Justificativa		ANALGESIA, GANHO ADM, REFORÇO MUSCULAR	
---------------------------------	--	--	--

59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Autuações (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	

Dra. Lucy Julik Buttner
Pisiotetapente
crefite: 26.84345