INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS: 000001

3 – Número da Guia Principal:

4 - Data da Autorização:

5 - Senha:

6 - Data de Validade da Senha:

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

FICHA 328516

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira:

9 - Validade da Carteira: __/__/____

10 - Nome: HELENA MONTALVAO DA SILVA

89 - Nome Social:

12-Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 77576668000160

14 - Nome do Contratado:

15 - Nome do Profissional Solicitante: ADILSON SEIDI SUGUIURA

16 - Conselho Profissional: 06

17 - Número no Conselho: 16964

18 – UF: PR

19 - Código CBO: 0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Adilson Seidi Suguiura
Cirurgia da Mão e Ortopedia
CRM 16964 TEOT 8504

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 1

22 - Data da Solicitação:

23 - Indicação Clínica: fat de 5º dedo IFP de mão (E)

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0020103492	FISIO - PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	010	
2					
3					
4		50000144-01	Analgesia		
5		50000160-10	Fisioterapia		

Dobro de altura e fechando mão (E)

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora:

30 - Nome do Contratado:

31 - Código CNES:

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento:

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

34 - Tipo de Consulta:

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento:

91 - Regime de Atendimento:

92 - Saúde Ocupacional:

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial	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		a										
2		a										
3		a										
4		a										
5		a										

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 01/11/23 x Helena
2 02/11/23 x Helena
3 23/11/23 x Helena
4 __/__/____
5 __/__/____
6 __/__/____
7 __/__/____
8 __/__/____
9 __/__/____
10 __/__/____

58-Observação / Justificativa:

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização:

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: x Helena Montalvão da Silva

68 - Assinatura do Contratado: Lucy Büttner

Dra Lucy Julik Büttner
Fisioterapeuta
CREFITO: 26.848 F