

Data: 07/04/25 - 12:20

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 335904
Paciente: ROSA STEC FARIAS

Data Nascimento: 12/04/1976
Convênio: FUNDACAO SANEPAR

Segurado :
ROSA STEC FARIAS

Médico :
42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO

Matricula :
154480201

Guia :
1273

Setor ELETIVO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 19/03/25 - 13:23

Especificação

Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
--------	------	------	----	-----------	-------------	-----------

0,00

Sub-Total : 0,00

Valor Total da Conta: R\$ 0,00

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico	Procedimento	CPF	Tipo do Ato	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ	Valor Total
42669	CAROLINA RIZZO SAGGIORO	322.321.868-81	Clínico		100,00	1	0,00	0,000		108,93
	10101012 Em consultório (no horário normal ou									

Valor Total de Honorários: 108,93

Valor Total da Conta: 108,93

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

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

2- Nº Guia no Prestador 29469219032502431501

335904

1 - Registro ANS 338648	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 19/03/2026	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5793019
4 - Data da Autorização 19/03/2025	5 - Senha 5793019158		

8 - Número da Carteira 154480201	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RV Não
-------------------------------------	--	------------------	------------------------------

10 - Nome ROSA STEC FARIAS			
-------------------------------	--	--	--

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF 225270	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dra. Carolina Rizzo Otorrinolaringologista	90 - Indicador Cobertura Especial
--------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------	---------------------------	--	-----------------------------------

21 - Carteira de Atendimento Eletivo	22 - Data da Solicitação 19/03/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1 22 1.01.01.01-2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1.01.01.01-2	26 - Descrição CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTABELECIDO)	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	--	------------------------	-------------------------------------	--	---	-----------------------	---------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
---	--	--	--	--	--	--	--

29 - Código na Operadora 29469-2	30 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	Dados do Contratado Executante					
-------------------------------------	---	--------------------------------	--	--	--	--	--

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) (9) NÃO ACIDENTE	34 - Tipo de Consulta (1) PRIMEIRA CONSULTA	35 - Motivo de Encerramento de Atendimento	91 - Regime de Atendimento (1) Ambulatorial	92 - Saúde Ocupacional		
--------------------------	---	--	--	--	------------------------	--	--

36 - Data 1	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 1.01.01.01-2	41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	42 - Qtd. 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
----------------	-------------------	-----------------	-------------------	---	--	----------------	----------	-----------	------------	---------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part 50 - Código na Operadora/CNP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO					
--------------------	--	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	--	--	--	--	--

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / /	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / /	58 - Observação / Justificativa Senha FacPlan (5793019158) - Validade: (19/03/2026) - TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO: 41 - 30525600									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total Procedimentos (R\$) R\$ 0,00	60 - Total Taxas / Aluguéis (R\$) R\$ 0,00	61 - Total Materiais (R\$) R\$ 0,00	62 - Total OPME (R\$) R\$ 0,00	63 - Total Medicamentos (R\$) R\$ 0,00	64 - Total Gases Medicinais (R\$) R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) R\$ 0,00					
--	---	--	-----------------------------------	---	---	------------------------------------	--	--	--	--	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Rosa Stec Farias	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Rosa Stec Farias	68 - Assinatura do Contratado									
---	--	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--