



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

2 - Nº Guia no Prestador 2

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira: 000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV: N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora: 76530518000107

14 - Nome do Contatado: HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

16 - Conselho Profissional: 06

17 - Numero no Conselho: 20133

18 - UF: 41

19 - Código CBO: 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: *Dr. Rodrigo Scussiato*

21 - Cartão de Atendimento: 02/05/2022

23 - Indicação Clínica: ROTURA LCA

27 - CI Solic: 10

28 - CI Autoriz: 0

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

22 - Data da Solicitação: 02/05/2022

24 - Tabela: 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial: 20103492

26 - Descrição: PATOLOGIA ORTEQUOMIARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS

50000160-10

Dados do Contatado Executante

29 - Código na Operadora: HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contatado: HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES: 3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento: 4

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data: 30

37 - Hr. Inicial: 37

38 - Hr. Final: 39

39 - Tabela: 40

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd: 43 - Via: 44 - Tec: 45 - % Real / Aprec: 46 - Valor Unitário (R\$): 47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sen. Rel: 49 - Gr. Pat: 50 - Código na operadora/CPF: 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF: 55 - Total Geral (R\$)

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa: ANALGESIA, GANHO ADM, REFORÇO MUSCULAR

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contatado

69 - Assinatura do Contatado

Impresso por RODRIGO SCUSSIATO

Data/Hora: 02/05/2022 11:29:09

Contatado:

Atendimento: 1205045

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. Lucy Julik Büttner

creffto: 26.849,5