



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00290424095343038321

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização 29/04/2024	5 - Senha 176092740	6 - Data de Validade da Senha 28/06/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 84158853
---------------------------------------	------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 09941694524121017	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------	--------------------------

10 - Nome MARIA J. S. S. TAVARES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 103521	14 - Nome do Contratado Jose Iran Costa Junior
------------------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Jose Iran Costa Junior	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 10352	18 - UF PE	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/04/2024	23 - Indicação Clínica Salinização de cateter	90 - Indicador Cobertura Especial
----------------------------------	--	--	-----------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
01- 18	60033746	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	1	1
02-				
03-				
04-				
05-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 180092647	30 - Nome do Contratado Neoh Memorial-Núcl Esp Em Onc. E Hematologia-Prata	31 - Código CNES 5495660
---------------------------------------	---	-----------------------------

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 Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------	---	-----------------------	--	-------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Cód. Proced.	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - Fator Red./Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
01-		a									
02-		a									
03-		a									
04-		a									
05-		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 do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa Autorizar heparenização de cateter

59 - Total de Procedimentos Realizados (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	68 - Assinatura do Contratado				

