

Convênio : ADVENTISTA

Contas do lote : 6126365 - ADVENTISTA EXAMES MATO HOSPITAL WIN    Data : 27/06/2024

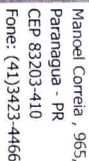
Conta para o crédito :    Agencia :    Conta :

Previsão do crédito : 27/06/2024

| Conta      | Data       | Guia  | Matricula  | Paciente  | Médico                  | Total          | Total | Cred. | Desconto |
|------------|------------|-------|------------|-----------|-------------------------|----------------|-------|-------|----------|
| 1410622-24 | 03/05/2024 | 10:56 | 1094389-24 | 2212949   | JOAO LUIS OLIVEIRA DA S | CLINICA MEDICA | 78,25 | 0,00  | 0,00     |
| 1410627-24 | 27/05/2024 | 18:03 | 1098840-24 | 26879202  | LEONARDO CORDEIRO ALVES | CLINICA MEDICA | 37,76 | 0,00  | 0,00     |
| 1410631-24 | 31/05/2024 | 11:49 | 1099335-24 | 2.21.4202 | JOAO LUCAS FERREIRA NAS | CLINICA MEDICA | 39,58 | 0,00  | 0,00     |

Total de registros: 3      155,59      0,00      0,00

Total lote com desconto: 155,59  
Total lote sem desconto: 155,59



2 - Nº Guia no prestador  
00000000001094389-24

Pág.: 1 de 1

|                       |                        |                          |                                   |                                         |                       |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo                | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|                       | 2212949                |                          | JOAO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO |                                         | N                     |

|                                       |                            |                         |           |                   |                                             |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------|-------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF   | 19 - Código CBO S | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| <b>MATHEUS PISA FREITAS</b>           | <b>CRM</b>                 | <b>48280</b>            | <b>PR</b> | <b>225125</b>     |                                             |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial | 26 - Descrição         | 27 - Quantidade | 28 - Solic. | 29 - Aut. |
|-------------|--------------------------------------------------|------------------------|-----------------|-------------|-----------|
| 22          | 40803112                                         | RX PUNHO               | 1               | 1           | 1         |
| 22          | 40803120                                         | RX MAO OU QUIRODACTILO | 1               | 1           | 1         |

| Dados do Atendimento                                        |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 32 - Tipo de Atendimento                                    | <u>15</u> |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | <u>11</u> |
| 34 - Tipo de Consulta                                       | <u>10</u> |
| 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento                  | <u>12</u> |

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                   |                 |             |                             |                        |           |          |           |                       |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|------------------------|-----------|----------|-----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data                                             | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição         | 42 - Qtd. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 03/05/2024                                            | 10:58             |                 | 22          | 40803112                    | RX PUNHO               | 1         | 1        |           |                       | 38,78                     | 38,78                  |
| 03/05/2024                                            | 10:58             |                 | 22          | 40803120                    | RX MAO OU QUIRODACTILO | 1         | 1        |           |                       | 36,90                     | 36,90                  |

[illegible]

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

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa

Clínica Médica São Paulo Ltda.  
CNPJ: 78.010.731/0001-09

|                                  |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (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 Casos Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



2. Financial Position

|                                                                |  |                             |  |                                                                  |  |                                      |  |                              |  |
|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------|--|
| <p>Cartão de Identificação</p> <p>N. Matrícula do Cadastro</p> |  | <p>3 - Unidade de Censo</p> |  | <p>70 - Nome</p> <p><b>JOÃO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO</b></p> |  | <p>71 - Código Nacional de Saúde</p> |  | <p>72 - Assinatura do US</p> |  |
|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------|--|

|                              |  |                               |                         |
|------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------|
| 13 - Código de Operação      |  | 14 - Marca do Contraste       |                         |
| 15 - Marca do Produto/Modelo |  | 16 - Corrente Primária        | 17 - Tensão em Corrente |
|                              |  | 18 - I <sub>sc</sub>          | 19 - Código CPO         |
|                              |  | 20 - Assinatura do Engenheiro |                         |

Dr. Manoel de Jesus  
1873747-9

|                                                                                                       |  |                             |                                |                                      |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <p>Universidade do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina<br/>         21 - Centro de Atendimento</p> |  | <p>22 - Rua do Sincampo</p> | <p>23 - Instituto Cerebral</p> | <p><b>TRAUMA EM MÃO ESQUERDA</b></p> | <p>24 - Rua São João, 100</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|

**RADIO DE MÃO E PUNHO AP E PERIL**

| 29 - Código na Ordem | 30 - Nome do Contrato |
|----------------------|-----------------------|
|                      |                       |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |

[illegible]

1. Nome do(a) Participante: \_\_\_\_\_  
 2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino  
 4. Endereço: \_\_\_\_\_  
 5. Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 6. Telefone: \_\_\_\_\_  
 7. Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_  
 8. Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_  
 9. Data da Pesquisa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 10. Local da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Architectural floor plan of a long, narrow building, likely a school or institutional structure. The plan shows multiple rooms, corridors, and a central hallway. The building is oriented horizontally. The plan is divided into several sections by vertical walls. The top section contains several small rooms, possibly classrooms or offices. The middle section is a long corridor with rooms on both sides. The bottom section contains larger rooms, possibly a cafeteria or a large hall. The plan is labeled with various numbers and letters, indicating different rooms and areas. The drawing is a black and white line drawing, showing the layout of the building in detail.









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

2 - Nº Guia no prestador  
00000000001099335-24

Atend. 1099335-24  
Pág.: 1 de 1



Manoel Correia, 965,  
Paranaguá - PR  
CEP 83203-410  
Fone: (41)3423-4466

|                  |                                            |                                       |           |                               |                                                           |
|------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal<br>1099335-24 | 4 - Data da Autorização<br>31/05/2024 | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>1099335-24 |
|------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                     |                          |                                                                |                                         |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>2.21.4202 | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo<br>JOAO LUCAS FERREIRA NASCIMENTO DAS NEVES | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                                    |                                              |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Dados do Solicitante<br>13 - Código na Operadora<br>53628393000220 | 14 - Nome do Contratado<br>CLINICA SAO PAULO |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                                                          |                                   |                                 |               |                             |                                             |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ALI M. EL KADRI | 16 - Conselho Profissional<br>CRM | 17 - Número no Conselho<br>7971 | 18 - UF<br>PR | 19 - Código CBO S<br>225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                         |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | 23 - Indicação Clínica                          |
| 21 - Caráter do atendimento<br>121                                      | 22 - Data da Solicitação<br>31/05/2024 11:49:56 |

|                                                                             |                                        |                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial<br>22 40804097 | 26 - Descrição<br>RX PE OU PODODACTILO | 27 - Qtd. Solicit.<br>2 | 28 - Qtd. Aut.<br>2 |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|---------------------|

|                                                                                  |                                                          |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora<br>76.019.231/0001-09 | 30 - Nome do Contratado<br>CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 31 - Código CNES<br>3560430 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                                                         |                                                         |                              |                                                  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| Dados do Atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento<br>151 | 33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada<br>111 | 34 - Tipo de Consulta<br>101 | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento<br>11 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                       |                            |                          |                   |                                         |                                        |                        |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 42 - Qtd.                  | 43 - Via                 | 44 - Tec.         | 45 - Fator Red/Acrésc                   | 46 - Valor unitário (R\$)              | 47 - Valor Total (R\$) |
| 36 - Data<br>31/05/2024                               | 37 - Hora inicial<br>11:49 | 38 - Hora final<br>11:49 | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Código do Procedimento<br>40804097 | 41 - Descrição<br>RX PE OU PODODACTILO | 38,15                  |

|                                                    |                              |                           |         |                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | 52 - Conselho Profissional   | 53 - Número do Conselho   | 54 - UF | 55 - Código CBO |
| 48 - Seq Ref<br>49 - Grau Part.                    | 50 - Código da Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional |         |                 |

|                                                  |                                                |                                 |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Observação / Justificativa |
| 1. / /                                           | 3. / /                                         |                                 |
| 2. / /                                           | 4. / /                                         |                                 |
|                                                  | 5. / /                                         |                                 |
|                                                  | 6. / /                                         |                                 |
|                                                  | 7. / /                                         |                                 |
|                                                  | 8. / /                                         |                                 |
|                                                  | 9. / /                                         |                                 |
|                                                  | 10. / /                                        |                                 |

|                                  |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de OPNE (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 |
|                                                 |                                                |                               |



## 2 - Nº Guia no Prestador

Arvutista

|                                             |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1 - Registro AIS                            |  |  |  |  |  |
| 3 - Número da Guia Principal                |  |  |  |  |  |
| 4 - Data da autorização                     |  |  |  |  |  |
| 5 - Senha                                   |  |  |  |  |  |
| 6 - Data de Validade da Senha               |  |  |  |  |  |
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |  |  |  |  |

| Dados do Beneficiário         |  |
|-------------------------------|--|
| 8 - Número da Carteira        |  |
| 9 - Validade da Carteira      |  |
| 10 - Nome                     |  |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde |  |
| 12 - Atendimento a RN         |  |

| Dados do Solicitante     |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado |

|                                       |                            |                         |         |                 |                                             |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número do Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Ali M. El Kadiri<br>R. 1971           |                            |                         |         |                 | Ali M. El Kadiri                            |

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| 21 - Caráter de Atendimento |      |
| 22 - Data da Solicitação    |      |
| 23 - Indicação Clínica      | 59.0 |

| 24 - Tabela                 | 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial | 26 - Descrição                 | 27 - Círculo Solicitante | 28 - Círculo Autorizador |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | Rx do Pcs Direto AP + Obliquos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                          |                         |                  |
|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|--------------------------|-------------------------|------------------|

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

[illegible][illegible][illegible]

|                                                 |                                 |                          |                    |                                                |                                 |                      |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 59 - Total Procedimento R\$                     | 60 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 61 - Total Materiais R\$ | 62 - Total OPM R\$ | 63 - Total Medicamentos R\$                    | 64 - Total Casos Medicinais R\$ | 65 - Total Geral R\$ |
|                                                 |                                 |                          |                    |                                                |                                 |                      |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                                 |                          |                    | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                 |                      |
|                                                 |                                 |                          |                    | 68 - Assinatura do Contratado                  |                                 |                      |
|                                                 |                                 |                          |                    |                                                |                                 |                      |