CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA Codigo : 76019231000109 27/06/2024 10:14
C.G.C : 76.019.231/0001-09 Endereço : RUA MANOEL CORREIA , 965 Bairro : CENTRO

Convênio : ADVENTISTA
Contas do lote : 6126365 - ADVENTISTA EXAMES MAIO 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 10:58	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

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

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001094389-24

Atend. 1094389-24

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	1094389-24	03/05/2024			1094389-24

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

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	03/05/2024 10:58:55	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	40803112	RX PUNHO	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|5|	|1|	|0|	|12|

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/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

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

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

1. __/__/____ _____
2. __/__/____ _____
3. __/__/____ _____
4. __/__/____ _____
5. __/__/____ _____
6. __/__/____ _____
7. __/__/____ _____
8. __/__/____ _____
9. __/__/____ _____
10. __/__/____ _____

Clinica Médica São Paulo Ltda.
CNPJ: 76.019.231/0001-09

58 - Observação / Justificativa

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$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS | 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: JOÃO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO | 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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: U | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1-		RAIO-X DE MÃO E PUNHO AP E PERFIL		
2-				
3-				
4-				
5-				

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

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-											
2-											
3-											
4-											
5-											

Identificação do(s) Profissional(ais) 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 da Realização do Procedimento ou Item Assistencial | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimento R$ | 60 - Total Taxas e Alugueis R$ | 61 - Total Materiais R$ | 62 - Total OPME R$ | 63 - Total Medicamentos R$ | 64 - Total Gases Medicinais R$ | 65 - Total Geral R$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado

Dr. Marcos de Freitas
CRM CR 48280

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

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001098840-24

Atend. 1098840-24

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	1098840-24	27/05/2024			1098840-24

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
26879202		LEONARDO CORDEIRO ALVES		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	27/05/2024 18:03:21	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	40804089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|5|	|1|	|0|	|12|

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/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
27/05/2024	18:03		22	40804089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	1	1			37,76	37,76

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

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

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$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Adventista

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Numero 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 - Numero da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
		Leonardo Cordeiro Alves		

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Numero do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
					Dr. Ali Mohamad El Kadri CRM-PR 7074

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
		entorse - S93.4

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1-		RX do Tornozelo E		
2-				
3-		AP + obl.		
4-				
5-				

Dados do Contratante 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

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 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R$	47 - Valor Total-R$
1- __/__/__	__:__	__:__									
2- __/__/__	__:__	__:__									
3- __/__/__	__:__	__:__									
4- __/__/__	__:__	__:__									
5- __/__/__	__:__	__:__									

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da 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- __/__/__	3- __/__/__	5- __/__/__	7- __/__/__	9- __/__/__
2- __/__/__	4- __/__/__	6- __/__/__	8- __/__/__	10- __/__/__

58 - Observação / Justificação

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

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

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

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001099335-24

Atend. 1099335-24

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

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
2.21.4202		JOAO LUCAS FERREIRA NASCIMENTO DAS NEVES		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
53628393000220	CLINICA SÃO PAULO

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	31/05/2024 11:49:56	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	2	2

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|5|	|1|	|0|	||

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/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
31/05/2024	11:49		22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1			38,15	38,15

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

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

Clinica Medica Sao Paulo Ltda

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$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização — 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável — 68 - Assinatura do Contratado

Adventista

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Numero da Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
		João Luis F. Nascimento		

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
Dr. Ali M. El Kadri CRM-PR. 7971					Dr. Ali M. El Kadri CRM-PR. 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
		S9.0

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1-			Rx do Pé Direito AP + oblíquo		
2-					
3-					
4-					
5-					

Dados do Contratante 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

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 - Téc	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R$	47 - Valor Total-R$
1-	/ /	:	:									
2-	/ /	:	:									
3-	/ /	:	:									
4-	/ /	:	:									
5-	/ /	:	:									

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

48 - Seq Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da 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- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /	

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R$	60 - Total Taxas e Aluguéis R$	61 - Total Materiais R$	62 - Total OPME R$	63 - Total Medicamentos R$	64 - Total Gases Medicinais R$	65 - Total Geral R$
,	,	,	,	,	,	,

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