



MANOEL CORREIA  
 PARANAGUA - PR  
 CEP  
 Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador

**Conta. 1421981-24**

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal <b>1114052-24</b>	4 - Data da Autorização <b>29/08/2024</b>	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>00000000000000000000</b>
------------------	---	--	-----------	-------------------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>1111</b>	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo <b>EDUARDO SIQUEIRA DOS SANTOS</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---------------------------------------	--------------------------	--	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código na Operadora <b>53628393000220</b>	14 - Nome do Contratado <b>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>SILVANA DO SOCORRO DAS CHAGAS CARDOSO</b>	16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	17 - Número no Conselho <b>56632</b>	18 - UF <b>PR</b>	19 - Código CBO S <b>225124</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	--	---	----------------------	------------------------------------	---

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

21 - Caráter do atendimento <b>IU</b>	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>EM PRONTO SOCORRO</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>		<b>1</b>	<b>1</b>

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na Operadora <b>76019231000109</b>	30 - Nome do Contratado <b>CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3560430</b>
---	---	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo de Atendimento <b>IE</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>I2</b>	34 - Tipo de Consulta <b>2</b>	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento <b>I5</b>
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---

**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\$)
<b>29/08/2024</b>	<b>17:23</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>EM PRONTO SOCORRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>C</b>	<b>1,00</b>	<b>78,00</b>	<b>78,00</b>
<b>29/08/2024</b>			<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>C</b>	<b>1,00</b>	<b>37,76</b>	<b>37,76</b>

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

48 - Seq.Ref <b>2</b>	49 - Grau Part. <b>12</b>	50 - Código da Operadora/CPF <b>25240250200</b>	51 - Nome do Profissional <b>SILVANA DO SOCORRO DAS CHAGAS CARDOSO</b>	52 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	53 - Número do Conselho <b>56632</b>	54 - UF <b>PR</b>	55 - Código CBO
--------------------------	------------------------------	--	---	--	---	----------------------	-----------------

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

**WIN<sup>10</sup> Serviços Médicos  
 e Hospitalares Ltda**  
 Rua Manoel Correia 965

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>6,05</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>19,27</b>	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>8,04</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0,00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>149,12</b>
----------------------------------	---	---	--------------------------	---	---	---

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



MANOELE CORREIA  
 PARANAGUA - PR  
 CEP  
 Fone: 3427-8200

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 1114052-24

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada  
**1114052-24**

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora  
**76019231000109**

4 - Nome do Contratado  
**CLINICA MEDICA SAO PAULO**

5 - Código CNES  
**3560430**

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material				18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 4	29/08/2024			18	4010010	1,00	036	0,00	6,05	6,05
2- 2	29/08/2024			05	90222377	1,00	004	0,00	8,04	8,04
20 - Descrição <b>TAXA PARA CURATIVOS PEQUENOS</b>										
3- 3	29/08/2024			19	0000088950	2,00	036	0,00	9,36	18,72
20 - Descrição <b>SOL. CLOR. SODIO. 0,9% 100ML (EUROFARMA)</b>										
4- 3	29/08/2024			19	0000019651	15,00	038	0,00	0,04	0,55
20 - Descrição <b>GAZE ESTÉRIL 13 FIOS 10 CM X 10 CM - PCT 10 UN - PC</b>										
20 - Descrição <b>MICROPOR FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M</b>										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										

21 - Total de Gases Medicinais R\$  
**0,00**

22 - Total de Medicamentos R\$  
**8,04**

23 - Total de Materiais R\$  
**19,27**

24 - Total de OPME R\$  
**0,00**

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$  
**6,05**

26 - Total de Diárias R\$  
**0,00**

27 - Total Geral R\$  
**33,36**



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  
**0000000000**

Atend.

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização <b>29/08/2024</b>	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha <b>13/09/2024</b>	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	------------------------------	--	-----------	--	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira <b>1111</b>	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo <b>EDUARDO SIQUEIRA DOS SANTOS</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---------------------------------------	--------------------------	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>SILVANA DO SOCORRO DAS CHAGAS CARDOSO</b>	16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	17 - Número no Conselho <b>56632</b>	18 - UF <b>PR</b>	19 - Código CBO S <b>225124</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Drª Silvana S C Cardoso CRM 56632 PR Pediatra</b>
---	--	---	----------------------	------------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento <b>I2</b>	22 - Data da Solicitação <b>29/08/2024 16:57:36</b>	23 - Indicação Clínica
--	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>EM PRONTO SOCORRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento <b>IU</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>I1</b>	34 - Tipo de Consulta <b>IO</b>	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento <b>II</b>
---------------------------------------	--	------------------------------------	---

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\$)
<b>29/08/2024</b>	<b>16:57</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>EM PRONTO SOCORRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>78,00</b>	<b>78,00</b>

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. / /
2. / /	4. / /
	5. / /
	6. / /
	7. / /
	8. / /
	9. / /
	10. / /

58 - Observação / Justificativa

**WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda**  
Rua Manoel Correia 965

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - 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 <i>Eduardo</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Eduardo Siqueira dos Santos  
**Nº da Carteira:** 2.21.3936  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá



**Data de Nascimento:** 28/12/2015      **Nº da Guia:** 20478

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/08/2024	16:46:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

Que aconteceu	Partes do corpo
bateu o dedo na porta da sala de aula.	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

**Descrição**  
O aluno ao se deslocar na sala de aula, acabou prendendo os dedos de sua mão direita na porta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Jessica	(41) 3427-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Win	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 9903-6742

**Observações**  
O aluno foi diretamente encaminhado para a clínica.

Ass.: \_\_\_\_\_



Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <http://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

admitido nessa unidade  
com lesão em mão direita  
avaliado pela DRE Silvana, re-  
zado curativo local, liberado após  
procedimento com orientação  
médica

gás:

gases 20 unid.

clonex digermastidone

clonex topico 20ml

SF-10 ml 01

micropore 15 cent.

Elizete - Mendes Costa  
Téc. Enf. - CO:ENK-837314





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  
**0000000001114052-24**

**Atend. 1114052-24**

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal <b>1114052-24</b>	4 - Data da Autorização <b>29/08/2024</b>	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>1114052-24</b>
------------------	---	--	-----------	-------------------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>1111</b>	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo <b>EDUARDO SIQUEIRA DOS SANTOS</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---------------------------------------	--------------------------	--	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

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

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>SILVANA DO SOCORRO DAS CHAGAS CARDOSO</b>	16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	17 - Número no Conselho <b>56632</b>	18 - UF <b>PR</b>	19 - Código CBO S <b>225124</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	--	---	----------------------	------------------------------------	---

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

21 - Caráter do atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>29/08/2024 17:23:09</b>	23 - Indicação Clínica
---	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Dados do Contratado Executante**

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

**Dados do Atendimento**

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

**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\$)
<b>29/08/2024</b>	<b>17:23</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>37,76</b>	<b>37,76</b>

**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. <u>  /  /  </u>	3. <u>  /  /  </u>
2. <u>  /  /  </u>	4. <u>  /  /  </u>
	5. <u>  /  /  </u>
	6. <u>  /  /  </u>
	7. <u>  /  /  </u>
	8. <u>  /  /  </u>
	9. <u>  /  /  </u>
	10. <u>  /  /  </u>

58 - Observação / Justificativa

**WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda**  
Rua Manoel Correia 965

*Maricelen S. Mendonça*

W&EVA

# 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 Ope
------------------	------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	---------------------------------------

### Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome <i>Eduardo Siqueira dos Santos</i>	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 <i>Silvana de Souza da Costa Paiva</i>	16 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	17 - Número do Conselho <i>56632</i>	18 - UF <i>PR</i>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Silvana S.C. Cardoso</i> <i>CRM 56632 PR</i> <i>Psicóloga</i>
---	--	---	----------------------	-----------------	---

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

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação <i>29/08/24</i>	23 - Indicação Clínica <i>trauma em mão direita</i>
-----------------------------	---	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Cód. Solic	28 - Qtd
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Rx de dor da mão direita</i>	<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"/>

### Dados do Contratante Executante

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

### 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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário R\$	47 - Valor Total R\$
1- / /	- :-	- :-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- / /	- :-	- :-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Identificação do(s) Profissional(es) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10- <input type="checkbox"/>

### 58 - Observação / Justificação

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\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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