

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

2 - N° Guia no prestador

0000000001082334-24

Atend. 1082334-24

Pàg.: 1 de 1

1 - Registro ANS					
3 - Número da Guia Principal	1082334-24				
4 - Data da Autorização	29/02/2024				
5 - Senha					
6 - Data de validade da Senha					
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	1082334-24				

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira
2.21.2582	10 - Nome completo BEATRIZ ALVES ZELA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N	

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76.079.231/0001-09	14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO
--	---

Dr^o Ali M. El Kadri

Médico

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação
121	29/02/2024 11:30:56
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - qtd.	28 - qtd.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	Solicit.	Aut.
			1	1

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

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	<u>11</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>121</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/Acréc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
29/02/2024	11:30		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)[illegible]

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. / / _____

2. / / _____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3. / / _____

4. / / _____

5. / / _____

6. / / _____

7. / / _____

8. / / _____

9. / / _____

10. / / _____

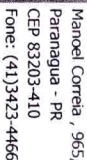
58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
					Medicamentos São Paulo Ltda	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



2 - Nº Guia no prestador
0000000001082341-24

Pàg.: 1 de 1

/ - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

10 - Nome completo
BEATRIZ ALVES ZELA

14 - Nome do Contratado20 - Assinatura do Profissional Solicitante23 - Indicação Clínica

27 - Qrde. 28 - Qrde.
Solicit. Aut.

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

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\$)
29/02/2024	11:59	22	40801063	RX SEIOS DA FACE		1	1			40,72	40,72

48 - Seq.Ref 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

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

65 - Total Geral (R\$)

Abreviatura

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

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RIN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Ali M. El Kadri
CRM-PR. 1971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

Dr. Ali M. El Kadri
CRM-PR. 1971

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

Dados do Contratante Executante

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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário-R\$

47 - Valor Total-R\$

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

28 - Seq. Ref

49 - Grau Part

50 - Código da Operadora/CPE

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 / 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