

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 : Agência : Conta :
Previsão do crédito : 27/06/2024

Conta	Data		Guia	Matrícula	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

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2212949

3 - Número da Guia Principal
1094389-24

4 - Data da Autorização
03/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1094389-24

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante
MATHEUS PISA FREITAS

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
12

22 - Data da Solicitação
03/05/2024 10:58:55

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição
22	40803112	RX PUNHO
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO

27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1	1
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
15

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
11

34 - Tipo de Consulta
10

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
12

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
03/05/2024	10:58	22	40803112	RX PUNHO	
03/05/2024	10:58	22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	

42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	1			40,49	40,49
1	1			31,76	31,76

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
1	1		
2	2		
3	3		
4	4		

52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1			
2			
3			
4			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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

58 - Observação / Justificativa

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

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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Luis Oliveira da Silva Filho
Nº da Carteirinha: 2.21.2949
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 18/11/2011

Nº da Guia: 17443



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2024	10:09:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A bola bateu na mão durante a atividade física, causando uma torção no polegar esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Willian	(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra Pedrozo Pinheiro	03/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi atendido pela monitora Sandra e encaminhado para avaliação médica.

Ass.: _____

Vanderlei Pinheiro

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - 1ª Guia no Prestador

1 - Registro ARES		3 - Número da Guia Principal		4 - Data da autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Anexada pela Operadora	
-------------------	--	------------------------------	--	-------------------------	--	-----------	--	-------------------------------	--	---	--

Dados do Beneficiário			11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atribuição a RDI	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JOÃO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO		

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 <i>Dr. Matheus Costa Freire</i> RUA PR 42280	

Dados da Solicitação / Procedimento ou Item Assistencial Solicitado											
21 - Caracter de Atendimento U		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica TRAUMA EM MÃO ESQUERDA							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial		26 - Descrição RAIO-X DE MÃO E PUNHO AP E PERFIL							
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
27 - Ques. Selo 28 - Ques. Aut.										31 - Código CIE-10	

Dados do Contratante Existente				30 - Nome do Contratado	
29 - Código na Operadora					

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

Procedimentos e Exames Realizados										42 - Ques.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acum.		46 - Valor Unidário R\$		47 - Valor Total R\$	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição											
1 -																					
2 -																					
3 -																					
4 -																					
5 -																					

Identificação do Profissional Existente(s)				51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número do Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Fun.		50 - Código da Operadora/CIP									
1 -													
2 -													

56 - Data da Realização do Procedimento em Selo		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado	
1 -		3 -		5 -	
2 -		4 -		6 -	

59 - Total Procedimento R\$		60 - Total Taxas e Aluguéis R\$		61 - Total Materiais R\$		62 - Total CPME R\$		63 - Total Medicamentos R\$		64 - Total Outros Medicinas R\$		65 - Total Geral R\$	
66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento				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

0000000001098840-24

Atend. 1098840-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
26879202

9 - Validade da carteira

4 - Data da Autorização
27/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1098840-24

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALI M. EL KADRI

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
[2]

22 - Data da Solicitação
27/05/2024 18:03:21

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou item assistencial
22 40804089

RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. 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
[5]

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[1]

34 - Tipo de Consulta
[0]

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
[12]

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
27/05/2024 18:03 22 40804089 RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc. 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 1 31,76 31,76

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. 2. 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 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Cordeiro Alves
Nº da Carteirinha: 2.21.4139
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 19/02/2015

Nº da Guia: 18138



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2024	17:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante a aula de educação física o aluno torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Willian	(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra Pedrozo	27/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi atendido pela monitora Sandra e encaminhado para verificação médica.

Ass.:

Vanderlei Pinheiro

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Assinado por Vanderlei Pinheiro

1 de 1

27/05/2024 17:00

Assinado por Vanderlei Pinheiro

1 de 1

27/05/2024 17:00

Assinado por Vanderlei Pinheiro

1 de 1

Adventista

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 Leonardo Cordino Alves	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 Dr. Ali M. El-Kam CRM-PR 7074
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica Intense - S83.4
-----------------------------	--------------------------	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição R2 do Tornozelo E AP + obl.	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde Aut.
1- ☐	☐		☐	☐
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- / /
2- / /	4- / /
	5- / /
	6- / /
	7- / /
	8- / /
	9- / /
	10- / /

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\$
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

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

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 31/05/2024	37 - Hora inicial 11:49	38 - Hora final 22	39 - Tabela 40804097	40 - Código do Procedimento RX PE OU PODODACTILO	41 - Descrição	42 - Qtde. 1	43 - Via 1	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$) 39,58	47 - Valor Total (R\$) 39,58
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	----------------	------------------------	----------------------	-----------	------------------------	---	--

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
1	1			1			
2	2			2			
3	3			3			
4	4			4			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1. 31/05/2024	3. 31/05/2024
2. 11:49	4. 11:49
	5. 22
	6. 40804097
	7. RX PE OU PODODACTILO
	8. 1
	9. 1
	10. 11

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Lucas Ferreira Nascimento das Neves

Nº da Carteirinha: 2.21.4202

Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 06/02/2013

Nº da Guia: 18077.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	09:24:41	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno estava em aula de Ed. Física e acabou machucando o dedo direito do pé após chutar a bola em falso, atingindo o colega (goleiro).

Testemunha da ocorrência

Prof. William

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Prof. William

Data

24/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Motivo do Retorno

O aluno encaminhado a clínica, e o médico solicitou um exame de raio X. Pediu para retornar após uma semana. A data de retorno para dia 31/05 (sexta-feira).

Ass.: _____

Leticia de Souza Martins

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

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 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 de Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou item assistencial 26 - Descrição 27 - Qtde. Solic 28 - Qtde Aut.

1- 2- 3- 4- 5- Rx do Per Direto AP + obliquos

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 Acidentes (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\$

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 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\$

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