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
00000000000923862-21

Atend. 0923862-21

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
	0923862-21	05/11/2021			0923862-21

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
2213555		HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA PRINCIPE		N

Dados do Solicitante

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

Dr. Rafael Gomes Michels
CRM-PR 22652

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
RAFAEL GOMES MICHELS	CRM	22652	PR	225125

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	05/11/2021 15:49:23	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
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
|U|	|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$)	47 - Valor Total (R$)
05/11/2021	15:49		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00
05/11/2021	15:49		22	40804089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	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
1. __/__/____
2. __/__/____
3. __/__/____
4. __/__/____
5. __/__/____
6. __/__/____
7. __/__/____
8. __/__/____
9. __/__/____
10. __/__/____

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$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
						114,90

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

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

EDUCAÇÃO ADVENTISTA PARANAGUÁ

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000000923862-21

Atend. 0923862-21

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
	0923862-21	05/11/2021			0923862-21

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
2213555		HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA PRINCIPE		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
RAFAEL GOMES MICHELS	CRM	22652	PR	225125

Dr. Rafael Gomes Michels
CRM-PR 22652

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	05/11/2021 15:49:23	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	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
|U|	|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$)	47 - Valor Total (R$)
05/11/2021	15:49		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00

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
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$)	62 - Total de OPME (R$)	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

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

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

Atend. 0923862-21

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
		/ /		/ /	00000000000000000000

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
2213555		HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA PRINCIPE		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
RAFAEL GOMES MICHELS	CRM	22652	PR	225125

Dr. Rafael Gomes Michels
CRM-PR 22652

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
||	05/11/2021 15:49:23	

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

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
|05|	|9|	||	|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$)	47 - Valor Total (R$)
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 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