

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001083670-24

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



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1083670-24

4 - Data da Autorização
07/03/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1083670-24

Atend. 1083670-24

Pág.: 1 de 1

8 - Número da Carteira
123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
GABRIELA MUNIZ ALVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contrato
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 5
225125

Dr. Ali M. El Kadri
Médico
CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter
do atendimento 121 22 - Data da Solicitação
07/03/2024 17:05:24

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. 28 - Qtd.
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 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
101 34 - Tipo de Consulta
101

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
07/03/2024 17:05 22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
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 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\$)

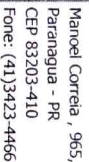
64 - Total de Gases Médicos (R\$)

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 - N° Guia no prestador

0000000001083670-24

Atend. 1083670-24

Página: 1 de 1

1 - Registro ANS	
3 - Número da Guia Principal	1083670-24
4 - Data da Autorização	07/03/2024
5 - Senha	
6 - Data de validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora	1083670-24

8 - Número da Carteira 123	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo GABRIELA MUNIZ ALVES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-------------------------------	--------------------------	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09	14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO	D^{re} Ali M. El Kadri
---	---	--

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. I.	225125
WEGTSU CRM PR 7971			

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solicit.	28 - Qtd. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
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
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA
31 - Código CNES	
3560430	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
<u>10</u>	<u>11</u>
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
<u>10</u>	<u>12</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/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
07/03/2024	17:05		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00
07/03/2024	17:05		22	40803112	RX PUNHO	1	1			38,78	38,78
07/03/2024	17:05		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1			36,90	36,90

[illegible]

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 OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável68 - Assinatura do Contratado

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

2 - RF Guia no Preletor

Adouste

Dados do Beneficiário

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

Dados do Solicitante

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
		<i>Gebriela Muniz Alves</i>		

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

21 - Caráter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou item assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código CIES

30 - Nome do Contratado

31 - Código CIES

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens	<i>Dr. Ali M. El Kadri</i>	<i>560</i>	<i>RX de mat e punho Dom. Art</i>
21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela
	<i>CRM-PR. 7971</i>		

Dados do Contratante

30 - Nome do Contratado

31 - Código CIES

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 /Acess	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

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

59 - Total Procedimento R\$

60 - Total Taxas e Aluguéis R\$

61 - Total Materiais R\$

62 - Total CPME R\$

63 - Total Medicamentos R\$

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral R\$

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificação	59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total CPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
1- /									
2- /									
3- /									
4- /									
5- /									

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do CIES

73 - Assinatura do CBO

74 - Assinatura do CIES

75 - Assinatura do CBO