



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

2 - N° Guia no prestador

Atend. 1047657-23

8 - Número da Carteira 01	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo ARTHUR WILLIAN HAMANN	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM N
------------------------------	--------------------------	---	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76019231000109

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

Dr. Brasil Viana Neto

15 - Nome do Profissional Solicitante	BRASIL VIANNA NETO		
16 - Conselho Profissional	CRM		
17 - Número no Conselho	6722		
18 - UF	PR		
19 - Código CBO S	225125		
			Médico CRM - PR 6722

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
II	08/08/2023 10:56:00	TRAUMA HA 1 HORA

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou item assistencial	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22 40804054 RX JOELHO	1	1

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	<u>1051</u>
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	<u>191</u>
34 - Tipo de Consulta	<u>L1</u>
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	<u>1121</u>

[illegible]

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		