



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

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001050836-23

Pág.: 1 de 1

Atend. 1050836-23

6 - Data de validade da Senha
24/08/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1050836-23

3 - Número da Guia Principal
1050836-23

4 - Data da Autorização
24/08/2023

5 - Senha

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

10 - Nome completo
JOAO LUIZ GONCALVES FANGUEIRO

9 - Validade da carteira

Drº Ali M. El Kadri

Médico

CRM-PR 7971

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

8 - Número da Carteira
01

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALI M. EL KADRI

21 - Cartier do atendimento
121

22 - Data da Solicitação
24/08/2023 08:26:00

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
22 10101039

26 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solicit. 1

28 - Qtd. Aut. 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
111

33 - Indicação de Accidente (accidente ou doença relacionada)
11

34 - Tipo de Consulta
101

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 24/08/2023 37 - Hora inicial 08:26 38 - Hora final 22 39 - Tabela 10101039 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 1 43 - Via 1 44 - Tec. 1 45 - Fator Real/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) 78,00 47 - Valor Total (R\$) 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

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 de Gases Medicinais (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Clinica Médica São Paulo Ltda
Rua Manoel Correia 965



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

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001050847-23

Atend.: 1050847-23 Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

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
	1050847-23	24/08/2023			1050847-23
8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
01		JOAO LUIZ GONCALVES FANGUEIRO		N	

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	Drº Ali M. El Kadri Médico	
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO	CRM	PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Descrição	21 - Quantidade	22 - Valor Unitário (R\$)	23 - Valor Total (R\$)
ALI M. EL KADRI	CRM	7971	PR	225125	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS RX TORAX - 2 INCIDENCIAS	2	39,19 41,25	78,38 82,50

Dados do Contratado

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	29 - Valor Total (R\$)
22	40801012	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS	1	1	39,19
22	40805026	RX TORAX - 2 INCIDENCIAS	1	1	41,25

Dados do Operador

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
151		101	121

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\$)
24/08/2023	08:45	22	22	40801012	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS	1	1			39,19	39,19
24/08/2023	08:45	22	22	40805026	RX TORAX - 2 INCIDENCIAS	1	1			41,25	41,25

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. / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

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						

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

2 - Nº Guia no Prestador

Adventista

1 - Registro ANIS 3 - Número da Guia Principal 4 - Data da autorização 5 - Sentida 6 - Data de Validade da Semha 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
 CRM-PR. 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caracter 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.
1- <input type="checkbox"/>		RX de exame AP AP		
2- <input type="checkbox"/>				
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>		RX de tórax AP AP		
5- <input type="checkbox"/>				

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

Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Aderente (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. Acres.	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1- <input type="checkbox"/>											
2- <input type="checkbox"/>											
3- <input type="checkbox"/>											
4- <input type="checkbox"/>											
5- <input type="checkbox"/>											

Identificação do(s) Profissional(is) Exercent(es)
 48 - Seq Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/GP/F 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>	9- <input type="checkbox"/>	10- <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$ 60 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 61 - Total Materiais R\$ 62 - Total OPM 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