

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001055805-23

Atend. 1055805-23
Pág.: 1 de 1



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

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1055805-23

4 - Data da Autorização
20/09/2023

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
1055805-23

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
874691958

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
MILENA DA COSTA SILVA PELEGRINI DE CARVALHO

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

Dr. 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 5

225125

CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

1

22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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
IUI

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora inicial

38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 1

43 - Via 1

44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc. 46 - Valor unitário (R\$) 78,00

47 - Valor Total (R\$) 78,00

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

20/09/2023 17:31 22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

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\$)

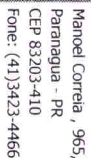
64 - Total de Casos Medicais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



2 - Nº Guia no prestador
0000000001055807-23

Página: 1 de 1

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1055807-23

12 - Atendimento a RN
N

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Indicação Clínica

31 - Código CNES
3560430

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

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\$)
20/09/2023	17:35		22	40801063	RX SEIOS DA FACE	1	1			40,72	40,72

55 - Código CBO

Handwriting practice sheet for the letter 'l'. The sheet contains four groups of 25 vertical lines each. Each group is preceded by a set of four dashed boxes for letter formation practice.

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

1. ____/____/____

2. ____/____/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3. ____/____/____

4. ____/____/____

5. ____/____/____

6. ____/____/____

7. ____/____/____

8. ____/____/____

9. ____/____/____

10. ____/____/____

58 - Observação / Justificativa65 - Total Geral (R\$) _____

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - 1º Guia no Prestador

Advea

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RIN
------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

21 - Caracter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
------------------------------	--------------------------	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
-------------	-----------------------------	----------------	------------------	----------------

Dados do Contratante - Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CHES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - 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

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

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