

1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data da Autorização 30/01/2025		5 - Senha 95187029		6 - Data de Validade da Senha 07/05/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 99790267																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 0088.4346574077108		9 - Validade da Carteira 26/09/2028		89 - Nome Social			12 - Atendimento a RN N																
10 - Nome RICHARD NICOLAS DE OLIVEIRA E SILVA																							
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 9676		14 - Nome do Contratado JOAO PAULO OLIVEIRA COSTA																					
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO OLIVEIRA COSTA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 9676		18 - UF PA	19 - Código CBO 225260	20 - Assinatura do Profissional Solicitante															
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 17/01/2025		23 - Indicação Clínica F840		90 - Indicador de Cobertura Especial																	
24 - Tabela 1 - 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 50000012		26 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE INDIVIDUAL			27 - Qtde.Solic. 22		28 - Qtde.Aut. 2														
29 - Código na Operadora 21000297		30 - Nome do Contratado MEDCARE CONSULTORIA E SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA EPP						31 - Código CNES 9100121															
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo de Atendimento 03		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de Atendimento 01		92 - Saúde Ocupacional													
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 50000012		41 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE		42 - Qtde. 2		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 0,00		47 - Valor Total (R\$) 0,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série												57 - Assinatura do beneficiário ou responsável		58 - Observação / Justificativa 50000012 - REF A FEVEREIRO 2025									
1 -		3 - 15/01/2025		5 -		7 -		9 -		10 -													
2 -		4 - 15/01/2025		6 -		8 -		10 -															
59 - Total de Procedimentos (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 UNIMED BELÉM F09064				67 - Assinatura do beneficiário ou responsável				68 - Assinatura do Contratado															