



1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal																			
4 - Data da Autorização 28/03/2025		5 - Senha 95977987		6 - Data de Validade da Senha 10/06/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 100703377															
Dados do Beneficiário																					
8 - Número da Carteira 0088.1235126183100		9 - Validade da Carteira 07/04/2030		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N															
10 - Nome JOAO MANOEL FARIAS CABRAL																					
Dados do Solicitante																					
13 - Código na Operadora 0		14 - Nome do Contratado MARIA DE FATIMA MESQUITA JORGE JOAO																			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA DE FATIMA MESQUITA JORGE JOAO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 1824		18 - UF PA		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																					
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 10/03/2025		23 - Indicação Clínica TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO						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. 20		28 - Qtde.Aut. 2									
Dados do Contratado Executante																					
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		92 - Saúde Ocupacional											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																					
36 - Data 1 -		37 - Hora Inicial 2 -		38 - Hora Final 3 -		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 50000012		41 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE		42 - Qtde. 1,00		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 1 - 15/04/2025 2 - 15/04/2025												57 - Assinatura do beneficiário ou responsável 3 - 4 -		5 -		7 -		9 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa																					
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 F03491				67 - Assinatura do beneficiário ou responsável				68 - Assinatura do Contratado													

Aline Lobato de Farias
Terapeuta Ocupacional
CREFTO-12-21908.TO