

1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 06/03/2025		5 - Senha 95765171	
6 - Data de Validade da Senha 10/06/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 100452295	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 0088.0907065829115		9 - Validade da Carteira 31/10/2025	
10 - Nome ANDRE VITOR DE ALMEIDA LIMA		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 6934		14 - Nome do Contratado LEILA DO SOCORRO FERREIRA CORREA	
15 - Nome do Profissional Solicitante LEILA DO SOCORRO FERREIRA CORREA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 6934		18 - UF PA	
19 - Código CBO 225112		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 20/02/2025	
23 - Indicação Clínica Transtorno do Espectro Autista		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. 28 - Qtde.Aut. 20 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- 15/04/2025		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	
39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 50000012	
41 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 1,00 0,00 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			
1- 15/04/2025		3- 5- 7- 9-	
2- 15/04/2025		4- 6- 8- 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 T09973		67 - Assinatura do beneficiário ou responsável	
68 - Assinatura do Contratado			