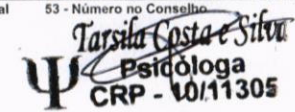




| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|---|--|------------------------|---|--|------------------------|--|-----------------|--|-----------|--|-------------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 303976 | | 3 - Número da Guia Principal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 11/02/2025 | | 5 - Senha 95331353 | | 6 - Data de Validade da Senha 10/06/2025 | | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 99954943 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - Número da Carteira 0088.1670028940121 | | 9 - Validade da Carteira 25/01/2029 | | 89 - Nome Social | | | 12 - Atendimento a RN N | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome KENNEDY IBRAHIM CHAGAS RAIOL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 - Código na Operadora 5276 | | 14 - Nome do Contratado REGINA CELIA BELTRAO DUARTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante REGINA CELIA BELTRAO DUARTE | | 16 - Conselho Profissional 06 | | 17 - Número no Conselho 5276 | | 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 27/01/2025 | | 23 - Indicação Clínica f900 | | | 90 - Indicador de Cobertura Especial | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 - Tabela 1 - 00 | | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 2250005103 | | 26 - Descrição TERAPIA ABA - PSICOLOGIA - TERAPIAS PEDIATRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS - NO 106 E 107) | | | 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 | | 36 - Regime de Atendimento 01 | 37 - Saúde Ocupacional | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 - Data | | 37 - Hora Inicial | | 38 - Hora Final | | 39 - Tabela | | 40 - Código do Procedimento | | 41 - Descrição | | 42 - Qtde. | | 43 - Via | | 44 - Tec. | | 45 - Fator Red./Acresc. | | 46 - Valor Unitário (R\$) | | 47 - Valor Total (R\$) | |
| 1 - | | | | | | 00 | | 2250005103 | | TERAPIA ABA - PSICOLOGIA - | | 2 | | | | | | 1,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |  Tarsila Costa e Silva Psicóloga CRP - 10/11305 | | | | | | | | | | | | | |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | | | | | | | | 57 - Assinatura do beneficiário ou responsável | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - 15/04/2025 | | 2 - 15/04/2025 | | 3 - | | 4 - | | 5 - | | 6 - | | 7 - | | 8 - | | 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 F11730 | | 67 - Assinatura do beneficiário ou responsável 15/04/2025 | | Assinatura Biométrica | | 68 - Assinatura do Contratado | | | | | | | | | | | | | | | | | |