Unimed A

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

2 - Nº Guia no Prestador

100126615

| 1 - Registro ANS 303976 | 3 - Número d | a Guia Principal | | | ACROSTICO I | - TEICHIA | OI /OAD | • | | | | | |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|---------------------------|-------------------------------|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização 18/02/2025 5 - Senha 95481940 | | | | | | | - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00126615 | | | | | | |
| 8 - Número da Carteira 0088.08546045543 | 309 | | 9 - Validade da 0 03/08/2028 | arteira | 89 - Nome Social | | | | | | ally locality agency of nati | | 12 - Atendimento a RN |
| 10 - Nome LAIS MANUELA QU Dados do Solicitante | UARESM/ | FERREIRA | | | | | | | | | | | |
| 13 - Código na Operadora 5276 | | 14 - N RE | lome do Contratado GINA CELIA BI | ELTRAO DUARTE | | | 0.0000000000000000000000000000000000000 | | | | | Self continue et al 2005, p | |
| 15 - Nome do Profissional So REGINA CELIA BE | LTRAO D | | 06 | | 17 - Número no Conselho 5276 | | 18 - UF PA | 19 - Código CBO 225112 | 20 - Assir | natura do Profissional Soli | icitante | | |
| Dados da Solicitação / Proces | | A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH | 5 | | | | TELEVISION ST | | | BANK SIEGER | CHINA CALLES FORM | | TOUR DESCRIPTION OF SUPERIOR PRODUCT |
| 21 - Caráter do Atendimento 1 | | 2 - Data da Solicitação 04/02/2025 | 23 - Indicação Cili F84 /F900 | nica | | | | | 200-200 MANAGEMENT | | TOTAL STATE OF THE | 90 - Indicador de Cober | tura Especial |
| 24 - Tabela 25 - Código do | o Procedimento ssistencial | | 26 - Descrição | | | | | | | | | 27 - Otd | e.Solic. 28 - Qtde.Aut. |
| 1- 00 22500051 2- 3- 4- 5- | | | TERAPIA ABA | - TERAPIA OCUF | PACIONAL - PEDIAT | FRICAS ESPECIA | AIS (COM | DIRETRIZ DEF | INIDA PEL | A ANS - N 106 E | 107) | 20 | 2 |
| Dados do Contratado Executa | ante | | TO A SECURITION OF A PARTIES. | 5 10 2 500 | | | | | | | | | |
| 29 - Código na Operadora 21000297 | | 30 N | - Nome do Contratado IEDCARE CON | RVIÇOS HOSPITAL/ | ARES LTDA EPP | | | | | | 31- Gódigo CN 9100121 | IES | |
| Dados do Atendimento | ALE STREET, ST | | SHEAT BURNEY BOOK | | CANADA AND AND AND AND AND AND AND AND AN | NATIONAL PROPERTY OF THE PARTY | ESTO-ANTERNACE | BOOKER WAS SPREEDING | Manager various service | | | 10.100121 | |
| 32 - Tipo de Atendimento 03 | 33 - Indicação 9 | de Acidente (acidente ou d | oença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento | o do Atendimento | 11 - Regime de | Atendimento | 92 | - Saúde Ocupacional | | | 9000000 |
| Dados da Execução / Procedin | mentos e Exam | es Realizados | TE STATE STATE OF | | | Hall Marks and Land | 88 | 246 | | and the second s | | | PRINCIPLE OF SERVICE STATE |
| 36 - Data 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - | 37 - Hora ir | icial 38 - Hora Final | | - Código do Procedimento 250005170 | 41 - Descrição TERAPIA A | ABA - T ERAPIA | | 42 - Qtde. 43 - V | Via 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc. 1,00 | 46 - Valor Unitári | 0,00 A7 - Valor To | 0,00 |
| Identificação do(s) Profissiona | ilis) Executant | o/e) | | | | | | | | | | | |
| 48 Seq. Ref. 49 - Grau Part. 5 | | | 51 - No | ome do Profissional | | | | | | | | | |
| | | | | Marcell Telaneuto CREFITO: | y Cordovil Ocupacional 25526.2-TO | | | 52 - Conselho Profissior | nal 53 - Nún | nero no Conselho | | 54 - UF 55 - (| Código CBO |
| 56 - Data de Realização de Pro | ocedimentos er | n Série 57 - Assinatura do | beneficiário ou respo | nsável | 5 - | | | 7 - | | | 9 - | | |
| · 15/04/2025= | | 4. | | | 6 - | | | 8 - | | | 10 | | - X-70-1-20-30-1 |
| 58 - Observação / Justificativa 159 - Total de Procedimentos (R | | 60 - Total de Taxas e Alugu | AL (PS) | | | | | | | | | | |
| | | | 61 · | Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de C | OPME (R\$) | 63 - Tot | al de Medicamentos (R\$ | 5) | 64 - Total de Gases Medici | inais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) | |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização UNIMED BELÉM F11737 | | | | | 67 - Assinatura do beneffojário ou responsável | | | | 68 - Assinatura do Contratado | | | | |