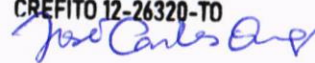



1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data da Autorização 08/04/2025		5 - Senha 96119539		6 - Data de Validade da Senha 10/06/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 100864133																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 0088.0907028582004				9 - Validade da Carteira 30/11/2027		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N															
10 - Nome MATEUS AUGUSTO SILVA DOS REIS																							
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 0				14 - Nome do Contratado ALESSANDRA SEIXAS NUNES																			
15 - Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA SEIXAS NUNES				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 5925		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 18/03/2025		23 - Indicação Clínica F84						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. 12											
2- 3- 4- 5-																							
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 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	
1- 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 José Carlos dos Santos Queiroz Terapeuta Ocupacional CREFITO 12-26320-TO 						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- 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 T09973						67 - Assinatura do beneficiário ou responsável						68 - Assinatura do Contratado											