

1 - Registro ANS 303976	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semha 24/05/2025	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 99866538	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 03/02/2025	5 - Semha 95253445	8 - Nome da Carteira 0008; 0907030283000	9 - Validade da Carteira 31/12/2027	10 - Nome do Solicitante DAVI MENDES DIOGO
Dados do Beneficiário				
11 - Nome do Beneficiário DAVI MENDES DIOGO	13 - Código na Operadora 2835	14 - Nome do Contratado ODILON BITTENCOURT OLIVEIRA FILHO	15 - Nome do Profissional Solicitante ODILON BITTENCOURT OLIVEIRA FILHO	16 - Conselho Profissional 06
Dados do Solicitante / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados				
21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 22/01/2025	23 - Indicação Clínica F50	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 - 22 50000012	26 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE INDIVIDUAL
Dados de Contratação Executante				
29 - Código na Operadora 21000297	30 - Nome do Contratado MEDICARE CONSULTORIA E SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA EPP	31 - Código CNE-3 9100121		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo de Atendimento 03	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 22	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 50000012
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 22	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 50000012	41 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE	42 - Qtd. 2
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ	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 - 2 -	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 Medicinas (R\$)				
65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização UNIMED BELÉM F04023				
67 - Assinatura do beneficiário ou responsável				
68 - Assinatura do Contratado				