



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

2 - Nº Guia no Prestador

98925698

|   |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
|---|--|---|--|--|--|--|--|---|--|---|--|------------------------|--|-----------------|--|-----------|--|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>303976  |  | 3 - Número da Guia Principal  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 4 - Data da Autorização<br>09/12/2024   |  | 5 - Senha<br>94440821   |  | 6 - Data de Validade da Senha<br>15/05/2025  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>98925698                                      |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| Dados do Beneficiário   |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 8 - Número da Carteira<br>0088.0907029994004  |  | 9 - Validade da Carteira<br>16/11/2027  |  | 89 - Nome Social   |  | 12 - Atendimento a RN<br>N   |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 10 - Nome<br>BENICIO NUNES ASSUNCAO CARDOSO   |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| Dados do Solicitante  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 13 - Código na Operadora<br>3724  |  | 14 - Nome do Contratado<br>MARIA DE NAZARE ROSARIO CASSEB DA SILVA              |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARIA DE NAZARE ROSARIO CASSEB DA SILVA      |  | 16 - Conselho Profissional<br>06  |  | 17 - Número no Conselho<br>3724  |  | 18 - UF<br>PA  |  | 19 - Código CBO<br>225124                 |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados               |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1  |  | 22 - Data da Solicitação<br>22/11/2024  |  | 23 - Indicação Clínica<br>f84  |  | 90 - Indicador de Cobertura Especial   |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 24 - Tabela<br>1 - 00   |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>2250005170                  |  | 26 - Descrição<br>TERAPIA ABA - TERAPIA OCUPACIONAL - PEDIATRICAS ESPECIAIS (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS - N 106 E 107) |  | 27 - Qtde.Solic.<br>10   |  | 28 - Qtde.Aut.<br>10                      |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| Dados do Contratado Executante  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 29 - Código na Operadora<br>21000297  |  | 30 - Nome do Contratado<br>MEDCARE CONSULTORIA E SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA EPP |  |  |  |  |  | 31 - Código CNES<br>9100121               |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| Dados do Atendimento  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>03  |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                |  | 34 - Tipo de Consulta  |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   |  | 36 - Regime de Atendimento<br>01          |  | 37 - Saúde Ocupacional                      |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                 |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 36 - Data<br>1 -  |  | 37 - Hora Inicial<br>3 -  |  | 38 - Hora Final<br>4 -   |  | 39 - Tabela<br>00  |  | 40 - Código do Procedimento<br>2250005170 |  | 41 - Descrição<br>TERAPIA ABA - TERAPIA     |  | 42 - Qtde.<br>2        |  | 43 - Via        |  | 44 - Tec. |  | 45 - Fator Red./Acrec.<br>1,00 |  | 46 - Valor Unitário (R\$)<br>0,00 |  | 47 - Valor Total (R\$)<br>0,00 |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                    |  |   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 48 Seq. Ref.  |  | 49 - Grau Part.   |  | 50 - Código na Operadora/CPF   |  | 51 - Nome do Profissional<br>Marcelly Cordovil<br>Terapeuta Ocupacional<br>CPF nº 25526.2-TO |  | 52 - Conselho Profissional                |  | 53 - Número no Conselho                     |  | 54 - UF                |  | 55 - Código CBO |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos e Exames<br>1 - 15/04/2025<br>2 - 15/04/2025 |  | 57 - Assinatura do beneficiário ou responsável<br>3 -<br>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<br>UNIMED BELÉM F09065                |  |   |  | 67 - Assinatura do beneficiário ou responsável   |  |  |  | 68 - Assinatura do Contratado             |  |   |  |                        |  |                 |  |           |  |                                |  |                                   |  |                                |  |