

1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data da Autorização 03/04/2025		5 - Senha 96050034		6 - Data de Validade da Senha 07/06/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 100784539																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 0088.6253129798101		9 - Validade da Carteira 12/09/2029		89 - Nome Social			12 - Atendimento a RN N																
10 - Nome TALES FELIPE MATOS DE SOUZA																							
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 5556		14 - Nome do Contratado ALINE TAVARES CASTRO DOS SANTOS																					
15 - Nome do Profissional Solicitante ALINE TAVARES CASTRO DOS SANTOS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 5556		18 - UF PA		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 13/03/2025		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. 1											
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 1 -		37 - Hora inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 50000012		41 - Descrição SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE		42 - Qtde. 1		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 0,00		47 - Valor Total (R\$) 0,00	
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									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 - 15/04/2025												57 - Assinatura do beneficiário ou responsável		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 F03491				67 - Assinatura do beneficiário ou responsável 15/04/2025				Assinatura Biométrica				68 - Assinatura do Contratado											