

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	
10 - Nome TALES FELIPE MATOS DE SOUZA		12 - Atendimento a RN N	
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. 28 - Qtde.Aut. 20 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	
68 - Assinatura do Contratado		Assinatura Biométrica	