



1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data da Autorização 04/04/2025		5 - Senha 96301634									
6 - Data de Validade da Senha 10/06/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 101069876									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 0088.2869094793101		9 - Validade da Carteira 21/01/2030									
10 - Nome IARA PIMENTEL DOS SANTOS		12 - Atendimento a RN N									
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 2720		14 - Nome do Contratado MANOEL WALBER DOS SANTOS SILVA									
15 - Nome do Profissional Solicitante MANOEL WALBER DOS SANTOS SILVA		16 - Conselho Profissional 06									
17 - Número no Conselho 2720		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 27/03/2025									
23 - Indicação Clínica f90		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. 24 16									
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	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 -			22	50000012	SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE	2			1,00	0,00	0,00
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		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
1 - 15/04/2025		3 -		5 -		7 -		9 -			
2 - 15/04/2025		4 -		6 -		8 -		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 F11767				67 - Assinatura do beneficiário ou responsável				68 - Assinatura do Contratado			