



1 - Registro ANS 303976		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data da Autorização 05/03/2025		5 - Senha 95702754		6 - Data de Validade da Senha 10/06/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 100381091																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 0088.0854648167009		9 - Validade da Carteira 18/01/2029		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN N																	
10 - Nome MARIA EDUARDA CASTRO ALVES																							
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 1723		14 - Nome do Contratado MARIA GORETHE SILVA DIAS																					
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA GORETHE SILVA DIAS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 1723		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 18/02/2025		23 - Indicação Clínica TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO						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 4													
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		57 - Assinatura do beneficiário ou responsável																					
1 - 15/04/2025																							
2 - 15/04/2025																							
58 - Observação / Justificativa 50000012 - MARÇO/2025																							
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 F04311				67 - Assinatura do beneficiário ou responsável 15/04/2025				Assinatura Biométrica				68 - Assinatura do Contratado											