



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00011221032919830337

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS 344885 | 3 - Número da Guia Principal |
|----------------------------|------------------------------|

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------|---|---|
| 4 - Data da Autorização 01/12/2021 | 5 - Senha 161192852 | 6 - Data de Validade da Senha 31/12/2021 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 59829158 |
|---------------------------------------|------------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|---|--------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira 00345089000085012 | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome Jocemar Barbosa Mariz Filho | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN N |
|---|--------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|

Dados do Solicitante

| | |
|------------------------------------|--|
| 13 - Código na Operadora 143130 | 14 - Nome do Contratado Crystian Pedrosa Ferreira |
|------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante Crystian Pedrosa Ferreira | 16 - Conselho Profissional CRM | 17 - Número no Conselho 14313 | 18 - UF PE | 19 - Código CBO 225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---|

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

| | | |
|----------------------------------|--|------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento 1 | 22 - Data da Solicitação 01/12/2021 | 23 - Indicação Clínica |
|----------------------------------|--|------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|---|-------------------|-----------------|
| 01- 00 | 20105045 | Aplicação de medicação não coberta prescrita em consultório nos casos em que há autorização da Unimed | 1 | 1 |
| 02- | | | | |
| 03- | | | | |
| 04- | | | | |
| 05- | | | | |

Dados do Contratado Executante

| | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| 29 - Código na Operadora 180090938 | 30 - Nome do Contratado Hospital Unimed Recife I - Praça Chora Menino | 31 - Código CNES 5540739 |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|--|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|--------------------------|---|-----------------------|--|

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 - Téc | 45 - Fator Red./Acre. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 01- | | a | | | | | | | | | |
| 02- | | a | | | | | | | | | |
| 03- | | a | | | | | | | | | |
| 04- | | a | | | | | | | | | |
| 05- | | a | | | | | | | | | |

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 do Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|----------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- | |

58 - Observação / Justificativa

Ref a senha 161192776 autorizado medicação SYNOLIS 01AMP / 04ML** disponível para retirada na farmácia do HIR1**

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 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 | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|--|-------------------------------|