



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



081810 28

|  |  |  |  |  |  |   |                  |
|--|--|--|--|--|--|---|------------------|
| 1-Registro ANS<br>323268   |  | 3-Número da Guia Principal   |  | 6-Data da validade da Senha                          |  | 7-Número da Guia Atribuído pela Operadora |                  |
| 4-Data da Autorização  |  | 5-Senha  |  |  |  |   |                  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>   |  |  |  |  |  |   |                  |
| 8- Número da Carteira<br>02100585000402001                                     |  | 9-Validade da Carteira<br>10/10/2029   |  | 10-Nome<br>CEDENIR PEREIRA DE QUADROS                |  | 11-Cartão Nacional de Saúde               |                  |
| 12-Atendimento a RN  |  |  |  |  |  |   |                  |
| <b>Dados do Solicitante</b>  |  |  |  |  |  |   |                  |
| 13-Código Na Operadora<br>49833020001010                                       |  | 14- Nome do Contratado<br>UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA |  |  |  |   |                  |
| 15-Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZ GUSTAVO MENDES                     |  | 16- Conselho Profissional<br>CRM   |  | 17- Número no Conselho<br>8535                       |  | 18-UF<br>PE                               |                  |
|  |  |  |  | 19-Código CBO<br>225125                              |  | 20-Assinatura do Profissional Solicitante |                  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b> |  |  |  |  |  |   |                  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1   |  | 22-Data da Solicitação<br>23/10/2024 09:35   |  | 23-Indicação Clínica                                 |  |   |                  |
| 24 - Tabela<br>1 -   |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40314120                               |  | 26 - Descrição<br>HIV quantitativo (PCR) Carga Viral |  | 27 - Qtde. Solic.<br>1                    |                  |
|  |  |  |  |  |  | 28 - Qtde. Aut.                           |                  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>  |  |  |  |  |  |   |                  |
| 29-Código na Operadora   |  | 30-Nome do Contratado  |  |  |  |   | 31 - Código CNES |
| <b>Dados do Atendimento</b>  |  |  |  |  |  |   |                  |
| 32-Tipo de Atendimento   |  | 33-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                  |  | 34 - Tipo de Consulta                                |  | 35- Motivo de Encerramento do Atendimento |                  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                   |  |  |  |  |  |   |                  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                             |  |  |  |  |  |   |                  |
|  |  |  |  |  |  |   |                  |
|  |  |  |  |  |  |   |                  |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b>   |  |  |  |  |  |   |                  |
| 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\$)      |                  |
|  |  |  |  |  |  | 64 - Total Geral (R\$)                    |                  |
| 66 - Assinatura Responsável pela Autorização                                   |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   |  |  |  | 67 - Assinatura Contratado                |                  |