



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00081024014553027554

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Principal 179316164
----------------------------	---

4 - Data da Autorização 08/10/2024	5 - Senha 179316164	6 - Data de Validade da Senha 08/12/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24593658
---------------------------------------	------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 865 0002597167012	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------	--------------------------

10 - Nome GERMANA CASAL MARTINS DE

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 32349	14 - Nome do Contratado Terezinha De Jesus Silva Gomes
-----------------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Terezinha De Jesus Silva	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 08/10/2024	23 - Indicação Clínica PLANEJAMENTO FAMILIAR	90 - Indicador Cobertura Especial
----------------------------------	--	---	-----------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
01- 22	31303293	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal - insercao	1	1
02-				
03-				
04-				
05-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES 6102867
--------------------------	-------------------------	-----------------------------

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	91 - Regime Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------	---	-----------------------	--	-------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Cód. Proced.	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - Fator Red./Acres.	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 Autorizado, medicação será fornecida pela Unimed Recife.

59 - Total de Procedimentos Realizados (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	