Pnimed				GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT							2 - Nº Guia no Prestador: <b>00270924121558393331</b>			
1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Principal				DIAG	1001100 2 1210	A. 174 O. 7	OAD!						
	5 - Senha 179119228		6 - Data de Validad 27/10/2024	de da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 89360272									
Dados do Beneficiário														
8 - Número da Carteira 00347910218122308	9 - Valid	ade da Carteira	89 - Nome Social										12-Atendimento a F	
10 - Nome Maria Clara Figueiroa	Leite		<del>-</del>											
Dados do Solicitante														
13 - Código na Operadora 139010		e do Contratado ecilia De Souz	a Leao Escariao											
15 - Nome do Profissional So Ana Cecilia De Souza					16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Consell 13901		18 - UF 19 - Código CB6 PE 225265	30 2	20 - Assinatura do Profiss	ional Solicitante			
Dados da Solicitação / Pr		Assistenciais S	olicitados		Ortin	10001		12 220200						
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 27/09/2024											90 - Indicador Cobertura Especia			
24 - Tabela 25 - Có	digo do Procedimento ou	Item Assistencial	26 - Descrição									2	7 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. Aut.	
					rficie Convencional PRK								2 2	
			Fotoablação de	superfície o	convencional - PRK							<u> </u>	2 2	
03-												<u> </u>		
04-												<u> </u>		
Dados do Contratado Exe 29 - Código na Operadora		ne do Contratado											31 - Código CNES	
110090076			Olhos De Pernam	buco									2355922	
Dados do Atendimento														
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acider	te (acidente ou do	ença relacionada)	34 - Tipo de Co	onsulta 35 - Motivo de Encerrar	nento do Atendimento 9º	I - Regime Atendin	nento 92 - Saúde Ocup	oacional					
Dados da Execução / Pro	cedimentos e Exame	s Realizados												
36 - Data 37 - H	ora Inicial 38 - Hora F	inal 39 - Tabela	40 - Cód. Proced.	41 - Descrição						42 - Qtde. 43 - Via	4 - Téc 45 - Fator Red.	Acres. 46 - Valor	Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R	
01aa				-										
02-   03-   1			<u> </u>									<u> </u>	<u> </u> 	
04- a											 	! 	<u> </u>	
05-	а													
Identificação do(s) Profis	sional(is) Executante	(s)												
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Pa	rt. 50 - Código na opera	dora/CPF	51 -	Nome do Profis	ssional			52 - Conselho Prof	fissional	53 - Número do Conselh	•	54 - UF	55 - Código CBO	
	<u> </u>													
													<u> </u>	
56 - Data de Realização d	de Procedimentos em Sér	ie 57 - Assina	tura do Beneficiário o	u Responsável					•					
1-1		3-			5-			7-			9- 10-			
58 - Observação / Justificativa		4-L	DADA AC		6-			δ-			10-			
AUTORIZADO AMBULA			A PARA AO											
59 - Total de Procedimentos	Total de Taxas	e Aluguéis(R\$)	61 - Total de Materia	ais(R\$)	62 - Total de OPME(R\$)	63 - Total de Medicamente	os(R\$) 64 - To	tal de Gases Medicinais(R\$	65 - Tota	I Geral (R\$)				

68 - Assinatura co Contratado

66 - Assinatura do Responsavel pela Autorização

PORTEROR

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável