



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00260824095438427746

|                                       |                              |   |   |
|---------------------------------------|------------------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS<br>344885            | 3 - Número da Guia Principal |   |   |
| 4 - Data da Autorização<br>26/08/2024 | 5 - Senha<br>178426213       | 6 - Data de Validade da Senha<br>25/10/2024 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>88248515 |

Dados do Beneficiário

|   |                          |                  |                          |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>08650001866044005 | 9 - Validade da Carteira | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN<br>N |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|

|  |
|--|
| 10 - Nome<br>BORIS DIMITRI DE SIQUEIRA |
|--|

Dados do Solicitante

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 13 - Código na Operadora<br>146164 | 14 - Nome do Contratado<br>Rodrigo Castro De Medeiros |
|------------------------------------|---|

|   |                                   |                                  |               |                           |   |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Rodrigo Castro De Medeiros | 16 - Conselho Profissional<br>CRM | 17 - Número no Conselho<br>14616 | 18 - UF<br>PE | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---|

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                  |  |                        |                                   |
|----------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1 | 22 - Data da Solicitação<br>26/08/2024 | 23 - Indicação Clínica | 90 - Indicador Cobertura Especial |
|----------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição                   | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|----------------------------------|-------------------|-----------------|
| 01- 22      | 50000446   | Reeducação Postural Global (RPG) | 8                 | 8               |
| 02-         |  |                                  |                   |                 |
| 03-         |  |                                  |                   |                 |
| 04-         |  |                                  |                   |                 |
| 05-         |  |                                  |                   |                 |

Dados do Contratado Executante

|                          |                         |                              |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES<br>99999999 |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------|

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-<br>2-  | 3-<br>4-<br>5-<br>6-<br>7-<br>8-<br>9-<br>10-  |

|                                 |
|---------------------------------|
| 58 - Observação / Justificativa |
|---------------------------------|

|   |  |                               |                         |                                 |                                     |                        |
|---|--|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos Realizados          | 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 |                         |                                 |                                     |                        |

