



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00210824013833905378

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data da Autorização 21/08/2024	5 - Senha 178338906	6 - Data de Validade da Senha 20/09/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 88102343

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00342673000186000	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN N
10 - Nome Monica Vieira De Melo Guarize			

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 152105	14 - Nome do Contratado Ana Caroline De Sobral Melo Patu				
15 - Nome do Profissional Solicitante Ana Caroline De Sobral Melo Patu	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15210	18 - UF PE	19 - Código CBO 225121	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 21/08/2024	23 - Indicação Clínica CARCINOMA INVASIVO	90 - Indicador Cobertura Especial	
24 - Tabela 01- 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20104430	26 - Descrição Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer	27 - Qtde. Solic. 30	28 - Qtde. Aut. 30
02-				
03-				
04-				
05-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 180097312	30 - Nome do Contratado Hosp Rol	31 - Código CNES 9351302
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

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 LETROZOL 2,5MG (2,5MG X28).TOTAL DE 28 COMPRIMIDOS
--

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	





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador: 02108240138339053783

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Referenciada 210824013833905378	4 - Senha 178338906	5 - Data da Autorização 21/08/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 88102344
----------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00342673000186000	8 - Nome Social
---	-----------------

8 - Nome

Monica Vieira De Melo Guarize

9 - Peso (Kg) 58,5	10 - Altura (Cm) 158	11 - Superfície Corporal (m²) 1,59	12 - Idade 53	13 - Sexo F
-----------------------	-------------------------	---------------------------------------	------------------	----------------

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante Ana Caroline De Sobral Melo Patu	15 - Telefone 34167500	16 - E-mail
---	---------------------------	-------------

Diagnóstico Oncológico

17 - Data da Diagnóstico 09/03/2023	18 - CID10Principal(Opcional) C50	19 - CID10 (2) (Opcional)	20 - CID10 (3) (Opcional)	21 - CID10 (4) (Opcional)	29 - Plano Terapêutico ATE PDD	
22 - Estadiamento 3	23 - Tipo de Quimioterapia 1	24 - Finalidade 3	25 - ECOG 0	26 - Tumor 4	27 - Nódulo 1	28 - Metástase 2

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

31 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

32 - Data Prevista para Início da Administração	33 - Tabela	34 - Código do Medicamento	35 - Descrição	36 - Dosagem total no ciclo	37 - Unidade da Medida	38 - Via Adm	39 - Frequência
01- 21/08/2024	20	90531760	LETROZOL	2,50	22	25	30
02-							
03-							
04-							
05-							
06-							
07-							
08-							

Tratamento Anteriores

40 - Cirurgia
41 - Data da Realização
42 - Área Irradiada
43 - Data da Aplicação

44 - Observação / Justificativa





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador: **02108240138339053783**

45 - Número de Ciclos Previstos	46 - Ciclo Atual	47 - Nº de dias do Ciclo Atual	48 - Intervalo entre Ciclos (em dias)	49 - Data da Solicitação	50 - Assinatura do Profissional Solicitante	51 - Assinatura do Responsável pela Autorização
60	12	28	28	21/08/2024		

