



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00231024091133484206

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

4 - Data da Autorização 23/10/2024	5 - Senha 179614211	6 - Data de Validade da Senha 22/11/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90149041
---------------------------------------	------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00345089000085012	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------	--------------------------

10 - Nome Jocemar Barbosa Mariz Filho
--

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 143130	14 - Nome do Contratado Crystian Pedrosa Ferreira
------------------------------------	--

15 - Nome do Profissional Solicitante Crystian Pedrosa Ferreira	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 14313	18 - UF PE	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 23/10/2024	23 - Indicação Clínica CONDROPATIA PATELAR GRAU IV	90 - Indicador Cobertura Especial
----------------------------------	--	---	-----------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
01- 18	60033746	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	1	1
02-				
03-				
04-				
05-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 180090938	30 - Nome do Contratado Hospital Unimed Recife I - Praça Chora Menino	31 - Código CNES 5540739
---------------------------------------	--	-----------------------------

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 SYNOLIS 4ML/01 AMP. DISPONÍVEL NA FARMACIA DO HUR I, REFERENTE A SENHA: 179613936.

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 ÓRTESE, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador: 02310240911334842061

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Referenciada 231024091133484206	4 - Senha 179614211	5 - Data da Autorização 23/10/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90150292
----------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00345089000085012	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome Jocemar Barbosa Mariz Filho

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante Crystian Pedrosa Ferreira	10 - Telefone 8134138500	11 - E-mail
---	-----------------------------	-------------

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica ***

Dados da Cirurgia

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do Material no Fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento					
01- 19	76005607	Synolis V - A - Synolis VA 80/160 - seringa de vidro de 5 ml pré-cheia contendo 4 ml de gel visco-a	1	1	0,01	1	0,01
	80419110009	Synolis VA 80/160 - seringa de vidro de 5 ml pré-cheia conte					
02-							
03-							
04-							
05-							
06-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa ***
--





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador: 02310240911334842061

26 - Data da Solicitação
23/10/2024

27 - Assinatura do profissional solicitante

28 - Assinatura do responsável pela autorização

