



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

2 - N° Guia no Prestador: 00180924100017572302

1 - Registro ANS 344885		3 - Número da Guia Principal 100924085006750979																					
4 - Data da Autorização 18/09/2024		5 - Senha 178908771		6 - Data de Validade da Senha 18/10/2024		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 89034205																	
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 110099995		14 - Nome do Contratado Uso Hospitalar																					
15 - Nome do Profissional Solicitante Uso Hospitalar				16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 11009999		18 - UF PE		19 - Código CBO 999999		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/09/2024		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- 18		60033746		TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO						1		1											
02-																							
03-																							
04-																							
05-																							
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora 180094232		30 - Nome do Contratado Central De Distribuição De Materiais E Medicamentos Da Unimed Recife.						31 - Código CNES 9999999															
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-				3-				5-				7-				9-							
2-				4-				6-				8-				10-							
58 - Observação / Justificativa MATERIAL FORNECIDO PELA UNIMED RECIFE E PAGO TAXA AO PRESTADOR.																							
59 - Total de Procedimentos(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 co Contratado															



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

2 - Nº Guia no Prestador: 01809241000175723021

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Referenciada 180924100017572302	4 - Senha 178908771	5 - Data da Autorização 18/09/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89034206
----------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00342673000186000	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome Monica Vieira De Melo Guarize

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante Uso Hospitalar	10 - Telefone 8134138400	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- 00	03122271	IMPLANTE MAMARIO REDONDO EXTRA ALTO 175CM3 THPX-175	1	1	0,00	1	0,00
	80145901324	THPX-175					
02- 00	00934690	IMPLANTE MAMARIO REDONDO EXTRA ALTO 365CM3 THPX-365	1	1	0,00	1	0,00
	80145901324	THPX-365					
03-							
04-							
05-							
06-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Fornecedor: Endocenter - PE
--



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

2 - Nº Guia no Prestador: **01809241000175723021**

26 - Data da Solicitação

18/09/2024

27 - Assinatura do profissional solicitante

28 - Assinatura do responsável pela autorização