



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

2 - Nº Guia no Prestador: 00261121013751611441

1 - Registro ANS  
344885

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização  
26/11/2021

5 - Senha  
161123841

6 - Data de Validade da Senha  
26/12/2021

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
59693590

## Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
00345501777856022

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
Andrea Fraga Wanderley Dutra

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

## Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
88888

14 - Nome do Contratado  
Médicos Solicitante Não Cooperado

15 - Nome do Profissional Solicitante  
Médicos Solicitante Não Cooperado

16 - Conselho Profissional  
CRM

17 - Número no Conselho  
8888

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  
26/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
01- 00	20105045	Aplicação de medicação não coberta prescrita em consultório nos casos em que há autorização da Unimed	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

## Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - Fator Red./Acre.	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 CLEXANE 30/40MG DSP NA FARMACIA DO HUR I \*\*

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