

**Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar  
de Diagnóstico e Terapia SP/SADT**

**2025080510334**

2-Número  
Nº Requisição 0200044036007

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358599240</b>	4-Data da Autorização <b>05/08/2025</b>	5-Senha <b></b>	6-Data Válida Senha <b>04/08/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia <b>04/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

<b>Dados do Beneficiário</b>	8-Número da Carteira <b>862806700019036</b>	9-Validade da Carteira <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	10-Nome <b>LIVIA MARAZATO CARVALHO</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	12-Atendimento a RN <b></b>
------------------------------	--	--	---	--	--------------------------------

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <b>14-Nome do Contratado ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	14-Nome da Carteira <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	15-Nome do Profissional Solicitante <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8865</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante <b></b>
--	---	---	---	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	--

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>	21-Caráter do Atendimento <b>E - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>04/08/2025</b>	23-Indicação Clínica <b></b>	24-Tabela <b>22</b>	25-Código do Procedimento <b>40601285</b>	26-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO</b>	27-Qtd Solicitada <b>1</b>	28-Qtd Autorizada <b>1</b>
--	---	--	---------------------------------	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

<b>Dados do Contratado Executante</b>	29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>	30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	31-CNES <b>3744221</b>
---------------------------------------	--	---	---------------------------

<b>Dados do Atendimento</b>	32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta <b>2</b>	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b></b>
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>	36-Data <b>04/08/2025</b>	37-Hora Iní. <b>05</b>	38-Hora Final <b>22</b>	39-Tábela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601285</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO</b>	42-Qtd <b>1</b>	43-Via <b></b>	44-Tec. <b></b>	45-% Red/Acres <b></b>	46-Vlr. Unitário R\$ <b>635,12</b>	47-Vlr. Total R\$ <b>635,12</b>
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>	48-Seq. Ref <b>49 - Grau Part. I</b>	50-Código na Operadora/CPF <b>06</b>	51-Nome do Profissional <b>06</b>	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho <b>999999</b>	54-UF <b>999999</b>	55-Código CBO <b>999999</b>
---	---	---	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------	--------------------------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série <b>04/08/2025</b>	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b></b>	58-Observação/Justificativa <b></b>
---	---	--

59-Total Procedimentos R\$ <b>1.445,38</b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ <b>1.445,38</b>	61-Total Materiais R\$ <b>1.445,38</b>	62-Total de OPME R\$ <b>1.445,38</b>	63-Total Diárias R\$ <b>1.445,38</b>	64-Total Gases Medicinais R\$ <b>1.445,38</b>	65-Total Geral R\$ <b>1.445,38</b>
---	--	---	---	---	--	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>04/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>04/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>04/08/2025</b>	69-Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---	--

**Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar  
de Diagnóstico e Terapia SP/SADT**

**2025080510348**

2-Número  
Nº Requisição 0200044036007

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>358599335</b>	4-Data da Autorização <b>05/08/2025</b>	5-Senha <b></b>	6-Data Válida Senha <b>04/08/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia <b>04/08/2025</b>
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

<b>Dados do Beneficiário</b>	8-Número da Carteira <b>862806700019036</b>	9-Validade da Carteira <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	10-Nome <b>LIVIA MARAZATO CARVALHO</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	12-Atendimento a RN <b>N</b>
------------------------------	--	--	---	--	---------------------------------

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <b>14-Nome do Contratado ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	14-Nome da Carteira <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	15-Nome do Profissional Solicitante <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8865</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CBO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante <b></b>
--	---	---	---	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	--

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>	21-Caráter do Atendimento <b>E - Eletrônico U - Urgêncial/Emergência</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>04/08/2025</b>	23-Indicação Clínica <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA</b>	24-Tabela <b>22</b>	25-Código do Procedimento <b>40601293</b>	26-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA</b>	27-Qtd Solicitada <b>2</b>	28-Qtd Autorizada <b>2</b>
--	---	--	---	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

<b>Dados do Contratado Executante</b>	29-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF <b>0000263036</b>	30-Nome do Contratado <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>	31-CNES <b>3744221</b>
---------------------------------------	--	---	---------------------------

<b>Dados do Atendimento</b>	32-Tipo do Atendimento <b>05</b>	33-Indicação de Acidente <b>9</b>	34-Tipo de Consulta <b>2</b>	35-Motivo de Encerramento do Atendimento <b></b>
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

<b>Procedimento e Exames Realizados</b>	36-Data <b>04/08/2025</b>	37-Hora Iní. <b>05</b>	38-Hora Final <b>05</b>	39-Tabela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601293</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA</b>	42-Qtd <b>2</b>	43-Via <b></b>	44-Tec. <b></b>	45-% Red/Acres <b></b>	46-Vlr. Unitário R\$ <b>405,13</b>	47-Vlr. Total R\$ <b>810,26</b>
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>	48-Seq. Ref <b>49 - Grau Part. I</b>	50-Código na Operadora/CPF <b>06</b>	51-Nome do Profissional <b>06</b>	52-Conselho Profissional <b>06</b>	53-Número no Conselho <b>999999</b>	54-UF <b>999999</b>	55-Código CBO <b>999999</b>
---	---	---	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------	--------------------------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série <b>04/08/2025</b>	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b></b>	58-Observação/Justificativa <b></b>
---	---	--

59-Total Procedimentos R\$ <b>1.445,38</b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ <b>1.445,38</b>	61-Total Materiais R\$ <b>1.445,38</b>	62-Total de OPME R\$ <b>1.445,38</b>	63-Total Diárias R\$ <b>1.445,38</b>	64-Total Gases Medicinais R\$ <b>1.445,38</b>	65-Total Geral R\$ <b>1.445,38</b>
---	--	---	---	---	--	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>04/08/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>04/08/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>04/08/2025</b>	69-Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
---	--	---	--