

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

2-Número  
**20250825082731**  
Nº Requisição 0200043826005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>373417069</b>	4-Data da Autorização <b>25/08/2025</b>	5-Senha	6-Data Válida Senha 7-Data da Emissão da Guia <b>30/07/2025</b>
---------------------------------	---	--	---------	---

<b>Dados do Beneficiário</b>	8-Número da Carteira <b>775223000965002</b>	9-Validade da Carteira	10-Nome <b>BRUNA RESENDE GEMERO</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde 12-Atendimento a RN <b>N</b>
------------------------------	--	------------------------	--	---

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>	13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado	15-Nome do Profissional Solicitante <b>NARAYANA DE CASTRO COUTINHO BRASILEIRO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</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>30/07/2025</b>	23-Indicação Clínica	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>1</b>	28-Qtd Autorizada <b>1</b>	29-Qtd Autorizada <b>1</b>
--	---	--	----------------------	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

<b>Dados do Contratado Executante</b>	30-Nome do Contratado <b>0000263036</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>Procedimento e Exames Realizados</b>	36-Data <b>30/07/2025</b>	37-Hora Iní. <b>05</b>	38-Hora Final <b>22</b>	39-Tábela <b>22</b>	40-Código Proced. <b>40601293</b>	41-Descrição <b>PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA</b>	42-Qtd <b>1</b>	43-Via <b>1</b>	44-Tec. <b>1</b>	45-% Red/Acres <b>405,13</b>	46-Unitário R\$ <b>405,13</b>	47-Vlr.Total R\$ <b>405,13</b>
---	------------------------------	---------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	--------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>	48-Seq. Ref <b>49 - Grau Part. I</b>	50-Código na Operadora/CNPF <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
---	---	--	--------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------	---------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58-Observação/Justificativa
--	--	-----------------------------

59-Total Procedimentos R\$ <b>1.040,25</b>	60-Total Taxas e Aluguéis R\$ <b>1.040,25</b>	61-Total Materiais R\$ <b>1.040,25</b>	62-Total de OPME R\$ <b>1.040,25</b>	63-Total Diárias R\$ <b>1.040,25</b>	64-Total Gases Medicinais R\$ <b>1.040,25</b>	65-Total Geral R\$ <b>1.040,25</b>
---	--	---	---	---	--	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>30/07/2025</b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b>30/07/2025</b>	<b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
--	--	---	--

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

**20250825082753**

Nº Requisição 0200043826005

1-Registro ANS <b>005711</b>	3-Nº Guia Principal <b>373417268</b>	4-Data da Autorização <b>25/08/2025</b>	5-Senha <b></b>	6-Data Válida Senha <b>30/07/2025</b>	7-Data da Emissão da Guia <b>30/07/2025</b>
---------------------------------	---	--	--------------------	--	--

8-Número da Carteira <b>775223000965002</b>	9-Validade da Carteira <b></b>	10-Nome <b>BRUNA RESENDE GEMERO</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	12-Atendimento a RN <b></b>
--	-----------------------------------	--	--	--------------------------------

13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <b>NARAYANA DE CASTRO COUTINHO BRASILEIRO</b>	14-Nome do Contratado <b>NARAYANA DE CASTRO COUTINHO BRASILEIRO</b>	15-Nome do Profissional Solicitante <b>NARAYANA DE CASTRO COUTINHO BRASILEIRO</b>	16-Conselho Profissional <b>06</b>	17-Número no Conselho <b>8766</b>	18-UF <b>53</b>	19-Código CEO <b>225250</b>	20-Assinatura do Profissional Solicitante <b></b>
--	--	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	--

21-Caráter do Atendimento <b>E - Eletrônico U - Urgência/Emergência</b>	22-Data/Hora da Solicitação <b>30/07/2025</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>
--	--	---------------------------------	------------------------	--	---	-------------------------------	-------------------------------

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>
--	---	---------------------------

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>
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

36-Data <b>30/07/2025</b>	37-Hora Ini. <b></b>	38-Hora Final <b></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-Unitário R\$ <b>635,12</b>	47-Vlr.Total R\$ <b>635,12</b>
------------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------------------	---	--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

56-Data de Realização do Procedimento em Série <b></b>	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b></b>
---	---

58-Observação/Justificativa <b></b>
--

59-Total Procedimentos R\$ <b>1.040,25</b>	60-Total Taxas e Alquéis R\$ <b></b>	61-Total Materiais R\$ <b></b>	62-Total de OP/ME R\$ <b></b>	63-Total Diárias R\$ <b></b>	64-Total Gases Medicinais R\$ <b></b>	65-Total Geral R\$ <b>1.040,25</b>
---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>30/07/2025</b>	67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b></b>	68-Data e assinatura do Prestador Executante <b></b>	69-Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada <b></b>
---	--	---	---

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

2 - N.º Guia no Prestador  
**465854214**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário		89 - Nome Social	
8 - Número da Carteira	89 - Nome Social		
10 - Nome			

*89 - Nome Social  
Renne Resende Júnior*

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
13 - Código na Operadora	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	18 - UF
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		17 - Número no Conselho	19 - Código CBO
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	26 - Descrição
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	<i>Renelle da Y.S.F</i>	
1 -	2 -	<i>strepto coccos</i>	
3 -	4 -		
5 -			

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado	90 - Indicador de Cobertura Especial
29 - Código na Operadora		31 - Código CNES	27 - Qtdde. Solic.
32 - Tipo de Atendimento		34 - Tipo de Consulta	28 - Qtdde. Aut.
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data
36 - Data		37 - Hora Inicial	38 - Hora Final
1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -	4 -
5 -	5 -	5 -	5 -

Identificação dos(s) Profissional(is) Executante(s)		41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
48 - Sec. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	
3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	
4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	
5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -
5 -	5 -	5 -
6 -	6 -	6 -
7 -	7 -	7 -
8 -	8 -	8 -
9 -	9 -	9 -
10 -	10 -	10 -

58 - Observações/Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM/E (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -

