

Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP/SADT		2-Número <b>20250805110334</b> 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	6-Data Validade Senha <b>04/08/2025</b>	7-Data de Emissão da Guia
---------------------------------	---	--	---------	--	---------------------------

Dados do Beneficiário		10-Nome <b>LIVIA MARAZATO CARVALHO</b>	11-Nº Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN <b>N</b>
8-Número da Carteira <b>862806700019036</b>				

Dados do Contratado Solicitante		14-Nome do Contratado <b>ANA LUIZA DA CRUZ RIOS SANDOVAL</b>		
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF				

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
---	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21-Caráter do Atendimento <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência					
22-Data/Hora da Solicitação <b>04/08/2025</b>					
23-Indicação Clínica					
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>	

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

Dados do Atendimento		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
----------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--

Procedimento e Exames Realizados							
36-Data <b>04/08/2025</b>	37-Hora Ini.	38-Hora Final	39-Tabela <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
						44-Tec.	45-% Red/Acres
							46-Vlr Unitário R\$ <b>635,12</b>
							47-Vlr TotalR\$ <b>635,12</b>

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

56-Data de Realização de Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

58-Observação/Justificativa					
-----------------------------	--	--	--	--	--

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

66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	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> <b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>
--	--	--

Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP/SADT										2-Número <b>20250805110348</b>  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		6-Data Validade Senha <b>04/08/2025</b>		7-Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira <b>862806700019036</b>				9-Validade da Carteira		10-Nome <b>LIVIA MARAZATO CARVALHO</b>		11-Nº Cartão Nacional de Saúde		12-Atendimento a RN <b>N</b>	
Dados do Contratado Solicitante 13-Código na Operadora/CNPJ/CPF <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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21-Caráter do Atendimento <b>E</b> E - Eletiva    U - Urgência/Emergência 22-Data/Hora da Solicitação <b>04/08/2025</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>			
Dados do Contratado Executante 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>									
Dados do Atendimento 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							
Procedimento e Exames Realizados											
36-Data <b>04/08/2025</b>		37-Hora Ini.		38-Hora Final		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	
								44-Tec.		45-% Red/Acres	
								46-Vlr Unitário R\$		47-Vlr TotalR\$	
								<b>405,13</b>		<b>810,26</b>	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48- Seq. Ref <b>49 - Grau Part. I</b>											
50-Código na Operadora/CPF		51-Nome do Profissional		52-Conselho Profissional <b>06</b>		53-Número no Conselho		54-UF		55-Código CBO <b>999999</b>	
56-Data de Realização de Procedimento em Série											
57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
58-Observação/Justificativa											
59-Total Procedimentos R\$		<b>1.445,38</b>		60-Total Taxas e Aluguéis R\$		61-Total Materiais R\$		62-Total de OPME R\$		63-Total I Diárias R\$	
64-Total Gases Medicinais R\$				64-Total Gases Medicinais R\$				65-Total Geral R\$		<b>1.445,38</b>	
66-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				67-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68-Data e assinatura do Prestador Executante		69-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			
<b>04/08/2025</b>				<b>04/08/2025</b>		<b>04/08/2025</b>		<b>Lab Laboratório de Patologia e Citologia Aplicada</b>			