



Rua Dos Otoni 742 3 E 5
Belo Horizonte - MG
CEP 30150-274
Fone: (31)3014-3002
www.vitalis.com.br

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

2 - Nº Guia no prestador

000031869553



Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 348520	3 - Número da Guia Principal 000031869553	4 - Data da Autorização 22/01/2021	5 - Senha 000031869553	6 - Data de validade da Senha 23/03/2021	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000031869553
-----------------------------------	---	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 1000247650015265881	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo JOAO PEDRO SAMARINO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 705009622296950	12 - Atendimento a RN N
--	--------------------------	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 827	14 - Nome do Contratado CEDUS CENTRO DIAG. ULTRA SOM DE MED. INT. E GINEC. OBS
--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO COELHO SANTIAGO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 68423	18 - UF MG	19 - Código CBO S 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	----------------------	------------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento 1 	22 - Data da Solicitação 22/01/2021	23 - Indicação Clínica
---	---	------------------------

24 - Tabela 98	25 - Código do Procedimento ou item assistencial 94110117	26 - Descrição ABDOMEN SUPERIOR FIGADO PANCREAS BACO RINS SUPRA RENAI	27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 1
--------------------------	---	---	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 827	30 - Nome do Contratado CEDUS CENTRO DIAG. ULTRA SOM DE MED. INT. E GINEC. OBS	31 - Código CNES 3638049
--	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 5 	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 	34 - Tipo de Consulta 	35 - Motivo do 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 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
__/__/__	__:__	__:__	_	_	_	_	_	_	_	_	_
__/__/__	__:__	__:__	_	_	_	_	_	_	_	_	_
__/__/__	__:__	__:__	_	_	_	_	_	_	_	_	_
__/__/__	__:__	__:__	_	_	_	_	_	_	_	_	_
__/__/__	__:__	__:__	_	_	_	_	_	_	_	_	_

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_

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

58 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (31)3298-5500 / Emitido Por: SAMUEL SILVA / protocolo de atendimento: 34852020210122765482
Empresa / Titular: ASSOCIACAO BENEFICENTE DOS SERVIDORES PREF MUN DE CONTAGEM

59 - Total do Procedimento (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 do Contratado
---	--	-------------------------------