

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



923697

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **923697**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923697</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

27/11/2023

11:40

AT: 923697  
US: SANDRA  
Idade: 12

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                                      |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635868</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>CARLOS FREDERICO SILVEIRA SANTOS</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>27/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Contusão hallux</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                     | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                    | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30711010</b>          | <b>CURATIVO + IMOB, PROVISORIA</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40804097</b>          | <b>RX PE OU PODODACTILO</b>        | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                                    |                   |                 |
| 5 -         |                          |                                    |                   |                 |
| 6 -         |                          |                                    |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                     | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|------------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>27/11/2023</b> | <b>11:41</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                    | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>27/11/2023</b> | <b>12:33</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30711010</b>          | <b>CURATIVO + IMOB, PROVISORIA</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 8,00</b>        | <b>R\$ 8,00</b>        |
| <b>27/11/2023</b> | <b>12:15</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40804097</b>          | <b>RX PE OU PODODACTILO</b>        | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 33,15</b>       | <b>R\$ 33,15</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                                    |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                    |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                    |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>10764950010</b>    | <b>HUGO M SEELIG</b>      | <b>6</b>         | <b>7099</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

Trauma pe E com ferimento

|                                                        |                                                          |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 121,15</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 10,81</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 29,21</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 161,17</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



924194

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 924194**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>924194</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

**30/11/2023**

**11:15**

AT: 924194  
US: SANDRA  
Idade: 12

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                           |                                               |                                                      |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635868</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>CARLOS FREDERICO SILVEIRA SANTOS</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

**Dados do Solicitante**

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

|                                         |                                               |                                                      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>30/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Contusão hallux</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|----------------|-------------------|-----------------|
| 1 -         |                          |                |                   |                 |
| 2 -         |                          |                |                   |                 |
| 3 -         |                          |                |                   |                 |
| 4 -         |                          |                |                   |                 |
| 5 -         |                          |                |                   |                 |
| 6 -         |                          |                |                   |                 |

**Dados do Contratado Executante**

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados do Atendimento**

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>04</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
|           |                   |                 |             |                          |                |           |          |           |              |                        |                        |
|           |                   |                 |             |                          |                |           |          |           |              |                        |                        |
|           |                   |                 |             |                          |                |           |          |           |              |                        |                        |
|           |                   |                 |             |                          |                |           |          |           |              |                        |                        |
|           |                   |                 |             |                          |                |           |          |           |              |                        |                        |
|           |                   |                 |             |                          |                |           |          |           |              |                        |                        |

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

|               |                 |                                             |                                                   |                              |                                        |                      |                                  |
|---------------|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora<br><b>10764950010</b> | 51 - Nome do Profissional<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 52 - Cons. Prof.<br><b>6</b> | 53 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 54 - UF<br><b>43</b> | 55 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|               |                 |                                             |                                                   |                              |                                        |                      |                                  |
|               |                 |                                             |                                                   |                              |                                        |                      |                                  |
|               |                 |                                             |                                                   |                              |                                        |                      |                                  |

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

58 - Observação / Justificativa

**Revisão**

|                                   |                                                          |                                                  |                          |                                  |                                      |                                            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 10,35</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 4,26</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 14,61</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 2

**CARLOS FREDERICO SILVEIRA SANTOS**

**ADVENTISTA**

**923697**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**923697**

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

| Codigo de Despesas Realizadas                                    |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   | CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|---------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70176337   | 12-Qtde<br>7  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,18 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 1,26  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>GAZE 10X10CM ENV.5UNID                           |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60034025   | 12-Qtde<br>1  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 2,53 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,53  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SERVICO ENFERMAGEM CURATIVO PEQUENO          |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384   | 12-Qtde<br>1  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                             |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>20 | 11-Código do Item<br>90122470   | 12-Qtde<br>30 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,30  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML                     |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>06260041   | 12-Qtde<br>3  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,03  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ALCOOL IODADO 0,1%                               |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70849323   | 12-Qtde<br>1  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,81 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 1,81  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>LUA PROCEDIMENTO                                 |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>78988837   | 12-Qtde<br>3  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 7,15 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 21,45 |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485 |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022264   | 12-Qtde<br>1  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA             |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680   | 12-Qtde<br>2  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,38  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843     |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172   | 12-Qtde<br>5  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,30  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                   |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>27/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:40 | 9-Hora Final<br>11:40 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>1200107262 | 12-Qtde<br>3  | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,56 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 1,68  |                                                                                          |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>0000107262 - GASE VASELINADA                     |                      |                           |                       |                 |                                 |               |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |

Guia de Outras Despesas

CARLOS FREDERICO SILVEIRA SANTOS

ADVENTISTA

923697

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

923697

3 - Codigo na Operadora

15116763000331

4 - Nome do Contratado

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

5 - Codigo CNES

2228939

|                               |                                                                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Codigo de Despesas Realizadas | CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

|                               |                           |                        |                     |                      |                       |                    |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$ | 18-Total Medicamentos R\$ | 19-Total Materiais R\$ | 20-Total Taxas Div. | 21-Total Diarias R\$ | 22-Total Alugueis R\$ | 23-Total Geral R\$ |
| R\$ 0,00                      | R\$ 0,00                  | R\$ 29,21              | R\$ 10,81           | R\$ 0,00             | R\$ 0,00              | R\$ 40,02          |

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

**CARLOS FREDERICO SILVEIRA SANTOS**

**ADVENTISTA**

**924194**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**924194**

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

| Codigo de Despesas Realizadas                         |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  | CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis |  |                                 |
|-------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|
| 6-CD<br>3                                             | 7-Data<br>30/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:15             | 9-Hora Final<br>11:15 | 10-Tabela<br>19                    | 11-Código do Item<br>70176337 | 12-Qtde<br>11                    | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 0,18 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 1,98 |                                                                                          |  |                                 |
| 16-Descrição<br>GAZE 10X10CM ENV.5UNID                |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
| 6-CD<br>4                                             | 7-Data<br>30/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:15             | 9-Hora Final<br>11:15 | 10-Tabela<br>18                    | 11-Código do Item<br>60034017 | 12-Qtde<br>1                     | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 5,75 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,75 |                                                                                          |  |                                 |
| 16-Descrição<br>TX. SERVICO ENFERMAGEM CURATIVO MEDIO |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
| 6-CD<br>4                                             | 7-Data<br>30/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:15             | 9-Hora Final<br>11:15 | 10-Tabela<br>18                    | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1                     | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |                                                                                          |  |                                 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                  |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
| 6-CD<br>3                                             | 7-Data<br>30/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:15             | 9-Hora Final<br>11:15 | 10-Tabela<br>20                    | 11-Código do Item<br>90122470 | 12-Qtde<br>40                    | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,40 |                                                                                          |  |                                 |
| 16-Descrição<br>SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML          |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
| 6-CD<br>3                                             | 7-Data<br>30/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:15             | 9-Hora Final<br>11:15 | 10-Tabela<br>0                     | 11-Código do Item<br>06260041 | 12-Qtde<br>7                     | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,07 |                                                                                          |  |                                 |
| 16-Descrição<br>ALCOOL IODADO 0,1%                    |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
| 6-CD<br>3                                             | 7-Data<br>30/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:15             | 9-Hora Final<br>11:15 | 10-Tabela<br>19                    | 11-Código do Item<br>70849323 | 12-Qtde<br>1                     | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 1,81 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 1,81 |                                                                                          |  |                                 |
| 16-Descrição<br>LUVA PROCEDIMENTO                     |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
|                                                       |                      |                                       |                       |                                    |                               |                                  |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                                 |
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00             |                      | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 |                       | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 4,26 |                               | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 10,35 |                       | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00    |                                  | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00                                                        |  | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 14,61 |

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



922308

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **922308**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>922308</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

13/11/2023

18:27

AT: 922308  
US: SANDRA  
Idade: 13

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                        |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635689</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>13/11/2023</b> | 10 - Nome<br><b>DAVI ARTHUR HUBNER</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                           |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>13/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - contusao antebraço e</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição      | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>     | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30711037</b>          | <b>TALA GESSADA</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803104</b>          | <b>RX ANTEBRACO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                     |                   |                 |
| 5 -         |                          |                     |                   |                 |
| 6 -         |                          |                     |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição      | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|---------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>13/11/2023</b> | <b>18:27</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>     | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>13/11/2023</b> | <b>19:01</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30711037</b>          | <b>TALA GESSADA</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 8,00</b>        | <b>R\$ 8,00</b>        |
| <b>13/11/2023</b> | <b>18:36</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803104</b>          | <b>RX ANTEBRACO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 33,15</b>       | <b>R\$ 33,15</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>queda em casa dor edema</b> |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                                          |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 121,15</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 17,02</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 64,43</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 202,60</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

DAVI ARTHUR HUBNER

ADVENTISTA

922308

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

922308

3 - Codigo na Operadora

15116763000331

4 - Nome do Contratado

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

5 - Codigo CNES

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                  |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162122 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 11,87 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 23,74 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM                      |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,57  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843     |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>78988837   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 7,15  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 21,45 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485 |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162121 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 10,03 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 10,03 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 10CM                       |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852561   | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,03  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,40  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461  |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022256   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,42 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,42 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE GESSO                                |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                             |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>13/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:27 | 9-Hora Final<br>18:27 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172   | 12-Qtde<br>4   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,24  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                   |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |

|                                           |                                       |                                     |                                  |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 64,43 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 17,02 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 81,45 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



921832

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **921832**

|                                                                                                  |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b>                                                                |  | 3 - Número da Guia<br><b>921832</b>                                     |  | <b>09/11/2023</b>                                                       |  | <b>13:49</b>                                   |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  | AT: 921832<br>US: SANDRA<br>Idade: 14 |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                          |  | 5 - Senha                                                               |  | 6 - Data de Validade da Senha                                           |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora    |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 8 - Número da Carteira<br><b>10633183</b>                                                        |  |                                                                         |  | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/08/2022</b>                           |  | 10 - Nome<br><b>DAVID FREITAS NOGGI</b>        |  |                                                   |                                  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                       |  | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>     |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b>                                                |  |                                                                         |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>CARLOS E FORERO PEREA</b>                            |  |                                                                         |  | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                 |  | 17 - Número do Conselho<br><b>28649</b>        |  | 18 - UF<br><b>43</b>                              | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>CARLOS E FORERO PEREA / 28649</b> |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                   |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b>                                                          |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>09/11/2023</b>                           |  | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - ENTORSE 3 QDE</b>                      |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código Procedimento                                                |  | 26 - Descrição                                                          |  |                                                |  |                                                   |                                  | 27 - Qtde. Solic.                                                                   |  | 28 - Qtde. Aut.                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>22</b>                                                                                        |  | <b>10101012</b>                                                         |  | <b>CONSULTA</b>                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  | <b>1</b>                                                                            |  | <b>1</b>                              |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>22</b>                                                                                        |  | <b>30711010</b>                                                         |  | <b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)</b>                   |  |                                                |  |                                                   |                                  | <b>1</b>                                                                            |  | <b>1</b>                              |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>22</b>                                                                                        |  | <b>40803120</b>                                                         |  | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>                                           |  |                                                |  |                                                   |                                  | <b>1</b>                                                                            |  | <b>1</b>                              |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 4 -                                                                                              |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 5 -                                                                                              |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 6 -                                                                                              |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b>                                                |  |                                                                         |  | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b>    |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b>                                                            |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |  |                                                                         |  | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b>              |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento        |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 36 - Data                                                                                        |  | 37 - Hora Inicial                                                       |  | 38 - Hora Final                                                         |  | 39 - Tabela                                    |  | 40 - Código Procedimento                          |                                  | 41 - Descrição                                                                      |  | 42 - Qtde                             | 43 - Via | 44 - Tec.                        | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$)               | 47 - Valor Total (R\$) |                                             |  |
| <b>09/11/2023</b>                                                                                |  | <b>13:49</b>                                                            |  |                                                                         |  | <b>22</b>                                      |  | <b>10101012</b>                                   |                                  | <b>CONSULTA</b>                                                                     |  | <b>1</b>                              |          |                                  |              | <b>R\$ 80,00</b>                     | <b>R\$ 80,00</b>       |                                             |  |
| <b>09/11/2023</b>                                                                                |  | <b>14:15</b>                                                            |  |                                                                         |  | <b>22</b>                                      |  | <b>30711010</b>                                   |                                  | <b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU</b>                                               |  | <b>1</b>                              |          |                                  |              | <b>R\$ 8,00</b>                      | <b>R\$ 8,00</b>        |                                             |  |
| <b>09/11/2023</b>                                                                                |  | <b>13:59</b>                                                            |  |                                                                         |  | <b>22</b>                                      |  | <b>40803120</b>                                   |                                  | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>                                                       |  | <b>1</b>                              |          |                                  |              | <b>R\$ 31,90</b>                     | <b>R\$ 31,90</b>       |                                             |  |
|                                                                                                  |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
|                                                                                                  |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                    |  | 49 - Grau Part.                                                         |  | 50 - Código Operadora                                                   |  | 51 - Nome do Profissional                      |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  | 52 - Cons. Prof.                      |          | 53 - Número do Conselho          |              | 54 - UF                              | 55 - Código CBO        |                                             |  |
|                                                                                                  |  |                                                                         |  | <b>82231176068</b>                                                      |  | <b>CARLOS E FORERO PEREA</b>                   |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  | <b>6</b>                              |          | <b>28649</b>                     |              | <b>43</b>                            | <b>225270</b>          |                                             |  |
|                                                                                                  |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
|                                                                                                  |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 1 - ____/____/____                                                                               |  | 3 - ____/____/____                                                      |  | 5 - ____/____/____                                                      |  | 7 - ____/____/____                             |  | 9 - ____/____/____                                |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 2 - ____/____/____                                                                               |  | 4 - ____/____/____                                                      |  | 6 - ____/____/____                                                      |  | 8 - ____/____/____                             |  | 10 - ____/____/____                               |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>TRUMA 3 QDE</b>                                            |  |                                                                         |  |                                                                         |  |                                                |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  |                                       |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 119,90</b>                                           |  |                                                                         |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 8,28</b>                 |  |                                                |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 12,51</b> |                                  |                                                                                     |  | 62 - Total de OPME (R\$)              |          | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |              | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) |                        | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 140,69</b> |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  |                                                                         |  |                                                                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                   |                                  |                                                                                     |  | 68 - Assinatura do Contratado         |          |                                  |              |                                      |                        |                                             |  |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

## Guia de Outras Despesas

**921832**

**DAVID FREITAS NOGGI**

# ADVENTISTA

## 1 - Registro Ans

999999

## 2 - N° Guia Referencia

**921832**

### 3 - Código na Operadora

15116763000331

#### 4 - Nome do Contratado

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

## 5 - Código CNES

2228939

| Codigo de Despesas Realizadas                                          |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  | CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>05800259 | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 2,67 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,67 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506                |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70034362 | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 6,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 6,08 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869 |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70852600 | 12-Qtde<br>180      | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,02 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,60 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454        |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>18        | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                                   |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>18        | 11-Código do Item<br>60022264 | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA                   |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>2        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,15 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                         |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>09/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:49 | 9-Hora Final<br>13:49 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>06260041 | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,01 |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ÁLCOOL IODADO                                          |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                     |                                  |                                                                                          |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 17-Total Gases Medicinais R\$                                          |                      | 18-Total Medicamentos R\$ |                       | 19-Total Materiais R\$ |                               | 20-Total Taxas Div. |                       | 21-Total Diarias R\$                |                                  | 22-Total Alugueis R\$                                                                    |  | 23-Total Geral R\$ |  |  |  |  |  |  |  |
| R\$ 0,00                                                               |                      | R\$ 0,00                  |                       | R\$ 12,51              |                               | R\$ 8,28            |                       | R\$ 0,00                            |                                  | R\$ 0,00                                                                                 |  | R\$ 20,79          |  |  |  |  |  |  |  |

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



921628

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **921628**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>921628</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

08/11/2023

10:05

AT: 921628  
US: SANDRA  
Idade: 13

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                            |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635125</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>DIULIA MULLER TORQUATO</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>08/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Fratura base fal media 4° QDD</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                                              | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                                             | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30722403</b>          | <b>FRATURA DE FALANGES OU METACARPÍANOS - RED INCRUENTA</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>                               | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                                                             |                   |                 |
| 5 -         |                          |                                                             |                   |                 |
| 6 -         |                          |                                                             |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                        | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>08/11/2023</b> | <b>10:05</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                       | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>08/11/2023</b> | <b>11:42</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30722403</b>          | <b>FRATURA DE FALANGES OU METACAR</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 24,00</b>       | <b>R\$ 24,00</b>       |
| <b>08/11/2023</b> | <b>11:02</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>         | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                                       |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                       |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                       |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>10764950010</b>    | <b>HUGO M SEELIG</b>      | <b>6</b>         | <b>7099</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

Trauma dedo mão D

|                                                        |                                                         |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 135,90</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 8,28</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 12,51</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 156,69</b> |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



922568

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **922568**

|                                   |                                     |                               |                                             |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>922568</b> | <b>16/11/2023</b>             | <b>12:28</b>                                |  |  |
| 4 - Data da Autorização           | 5 - Senha                           | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |  |

AT: 922568  
US: SANDRA  
Idade: 13

|                                           |                                               |                                            |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635125</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>DIULIA MULLER TORQUATO</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

|                                                   |  |                                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |  |  |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

|                                         |  |  |                                               |                                                                    |
|-----------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> |  |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>16/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Fratura base fal media 4° QDD</b> |
|-----------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição     | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>    | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30711010</b>          | <b>TALA ZIMMER</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                    |                   |                 |
| 4 -         |                          |                    |                   |                 |
| 5 -         |                          |                    |                   |                 |
| 6 -         |                          |                    |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>04</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição     | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|--------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>16/11/2023</b> | <b>12:28</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>    | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>16/11/2023</b> | <b>13:35</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30711010</b>          | <b>TALA ZIMMER</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 8,00</b>        | <b>R\$ 8,00</b>        |
|                   |                   |                 |             |                          |                    |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                    |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                    |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                    |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA

|               |                 |                                             |                                                   |                              |                                        |                      |                                  |
|---------------|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora<br><b>10764950010</b> | 51 - Nome do Profissional<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 52 - Cons. Prof.<br><b>6</b> | 53 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 54 - UF<br><b>43</b> | 55 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|---------------|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|

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

|                                                                        |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>SEGUIMENTO</b><br><b>Revisão</b> |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                       |                                                         |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 88,00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 8,28</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 12,51</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 108,79</b> |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização       |                                                         | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável    |                          | 68 - Assinatura do Contratado    |                                      |                                             |

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



923349

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **923349**

|                                   |                                     |                               |                                             |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923349</b> | <b>23/11/2023</b>             | <b>12:20</b>                                |  |  |
| 4 - Data da Autorização           | 5 - Senha                           | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |  |

AT: 923349  
US: SANDRA  
Idade: 13

|                                           |                                               |                                            |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635125</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>DIULIA MULLER TORQUATO</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

|                                                   |  |                                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |  |  |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

|                                         |  |  |                                               |                                                                    |
|-----------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> |  |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>23/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Fratura base fal media 4° QDD</b> |
|-----------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                               |                   |                 |
| 4 -         |                          |                               |                   |                 |
| 5 -         |                          |                               |                   |                 |
| 6 -         |                          |                               |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição                | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>23/11/2023</b> | <b>12:21</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>23/11/2023</b> | <b>12:31</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA

|               |  |                 |                                             |                                                   |                              |                                        |                      |                                  |
|---------------|--|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 48 - Seq.Ref. |  | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora<br><b>10764950010</b> | 51 - Nome do Profissional<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 52 - Cons. Prof.<br><b>6</b> | 53 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 54 - UF<br><b>43</b> | 55 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|---------------|--|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|

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

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>Revisão</b> |  |
|---------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                      |                                                |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 111,90</b> | 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\$)<br><b>R\$ 111,90</b> |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização        |                                      | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                          | 68 - Assinatura do Contratado    |                                      |                                             |

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

DIULIA MULLER TORQUATO

ADVENTISTA

921628

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

921628

3 - Codigo na Operadora

15116763000331

4 - Nome do Contratado

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

5 - Codigo CNES

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                        |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>05800259 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 2,67 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,67 |
| 16-Descrição<br>TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506                |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034362 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 6,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 6,08 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869 |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852600 | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,02 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,60 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454        |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                                   |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022264 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA                   |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,15 |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                         |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>08/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>10:05 | 9-Hora Final<br>10:05 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>06260041 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,01 |
| 16-Descrição<br>ÁLCOOL IODADO                                          |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |

|                                           |                                       |                                     |                                 |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 12,51 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 8,28 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 20,79 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

DIULIA MULLER TORQUATO

ADVENTISTA

922568

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

922568

3 - Codigo na Operadora

15116763000331

4 - Nome do Contratado

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

5 - Codigo CNES

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                        |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>05800259 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 2,67 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,67 |
| 16-Descrição<br>TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506                |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034362 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 6,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 6,08 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869 |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852600 | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,02 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,60 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454        |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                                   |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022264 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA                   |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,15 |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                         |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>16/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:28 | 9-Hora Final<br>12:28 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>06260041 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,01 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,01 |
| 16-Descrição<br>ÁLCOOL IODADO                                          |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |

|                                           |                                       |                                     |                                 |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 12,51 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 8,28 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 20,79 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



923578

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 923578**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923578</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

**24/11/2023**

**16:43**

AT: 923578  
US: SANDRA  
Idade: 16

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                           |                                               |                                              |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10634484</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2018</b> | 10 - Nome<br><b>EDUARDO SILVEIRA PEREIRA</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

**Dados do Solicitante**

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

|                                         |                                               |                                                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>24/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - lesao ligamentar tornozelo d</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição      | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>     | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40804089</b>          | <b>RX TORNOZELO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                     |                   |                 |
| 4 -         |                          |                     |                   |                 |
| 5 -         |                          |                     |                   |                 |
| 6 -         |                          |                     |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

**Dados do Contratado Executante**

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados do Atendimento**

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição      | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|---------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>24/11/2023</b> | <b>16:44</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>     | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>24/11/2023</b> | <b>16:49</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40804089</b>          | <b>RX TORNOZELO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

|                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>torção no futebol dor edema +++</b> |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 111,90</b> | 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\$)<br><b>R\$ 111,90</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



923495

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 923495**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923495</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

**24/11/2023**

**12:24**

AT: 923495  
US: SANDRA  
Idade: 6

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                           |                                               |                                            |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635714</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>JOAO SCHEFER FOLJARINI</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

**Dados do Solicitante**

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

|                                         |                                               |                                                                        |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>24/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Fratura subperiostica antebraço E</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                                             | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                                            | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30721180</b>          | <b>FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803104</b>          | <b>RX ANTEBRACO</b>                                        | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                                                            |                   |                 |
| 5 -         |                          |                                                            |                   |                 |
| 6 -         |                          |                                                            |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

**Dados do Contratado Executante**

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados do Atendimento**

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                        | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>24/11/2023</b> | <b>12:24</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                       | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>24/11/2023</b> | <b>11:27</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30721180</b>          | <b>FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNH</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 120,00</b>      | <b>R\$ 120,00</b>      |
| <b>24/11/2023</b> | <b>12:26</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803104</b>          | <b>RX ANTEBRACO</b>                   | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 33,15</b>       | <b>R\$ 33,15</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                                       |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                       |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                       |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>10764950010</b>    | <b>HUGO M SEELIG</b>      | <b>6</b>         | <b>7099</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |

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

**58 - Observação / Justificativa**

**Queda. Dor antebraço E**

|                                                        |                                                          |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 233,15</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 17,02</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 69,14</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 319,31</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

**JOAO SCHEFER FOLJARINI**

**ADVENTISTA**

**923495**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**923495**

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                        |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852561   | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,03  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,40  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461        |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162122 | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 11,87 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 35,61 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM                            |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,57  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843           |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                                   |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022256   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,42 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,42 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE GESSO                                      |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034362   | 12-Qtde<br>4   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 6,08  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 24,32 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869 |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>24/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>12:24 | 9-Hora Final<br>12:24 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172   | 12-Qtde<br>4   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,24  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                         |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |

|                                           |                                       |                                     |                                  |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 69,14 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 17,02 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 86,16 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



921373

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **921373**

|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b>                                                                |                          | 3 - Número da Guia<br><b>921373</b>                                     |             | <b>06/11/2023</b>                                         |                                       | <b>16:15</b>                                |  |                                  |                                  |                                                                          |                 | AT: 921373<br>US: SANDRA<br>Idade: 8        |                        |
| 4 - Data da Autorização                                                                          |                          | 5 - Senha                                                               |             | 6 - Data de Validade da Senha                             |                                       | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 8 - Número da Carteira<br><b>10636063</b>                                                        |                          | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/12/2023</b>                           |             | 10 - Nome<br><b>LORENZO CUNHA CARVALHO</b>                |                                       |                                             |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde    |                                  | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                        |                 |                                             |                        |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b>                                                |                          | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>LUIZ ANICET</b>                                      |                          |                                                                         |             | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                   |                                       | 17 - Número do Conselho<br><b>5417</b>      |  | 18 - UF<br><b>43</b>             | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>LUIZ ANICET / 5417</b> |                 |                                             |                        |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                   |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b>                                                          |                          | 22 - Data da Solicitação<br><b>06/11/2023</b>                           |             | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - EPIFISIOLISE PUNHO D</b> |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 24 - Tabela                                                                                      | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                                                          |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  | 27 - Qtde. Solic.                |                                                                          | 28 - Qtde. Aut. |                                             |                        |
| <b>22</b>                                                                                        | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  | <b>1</b>                         |                                                                          | <b>1</b>        |                                             |                        |
| <b>22</b>                                                                                        | <b>30711010</b>          | <b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)</b>                   |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  | <b>1</b>                         |                                                                          | <b>1</b>        |                                             |                        |
| 3 -                                                                                              |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 4 -                                                                                              |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 5 -                                                                                              |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 6 -                                                                                              |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b>                                                |                          | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b>                                       |                 |                                             |                        |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>04</b>                                                            |                          | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |             | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b>                         |                                       | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento  |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 36 - Data                                                                                        | 37 - Hora Inicial        | 38 - Hora Final                                                         | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento                                  | 41 - Descrição                        |                                             |  | 42 - Qtde                        | 43 - Via                         | 44 - Tec.                                                                | 45 - Red/Acr    | 46 - Valor Unit. (R\$)                      | 47 - Valor Total (R\$) |
| <b>06/11/2023</b>                                                                                | <b>16:15</b>             |                                                                         | <b>22</b>   | <b>10101012</b>                                           | <b>CONSULTA</b>                       |                                             |  | <b>1</b>                         |                                  |                                                                          |                 | <b>R\$ 80,00</b>                            | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>06/11/2023</b>                                                                                | <b>14:51</b>             |                                                                         | <b>22</b>   | <b>30711010</b>                                           | <b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU</b> |                                             |  | <b>1</b>                         |                                  |                                                                          |                 | <b>R\$ 8,00</b>                             | <b>R\$ 8,00</b>        |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                    | 49 - Grau Part.          | 50 - Código Operadora                                                   |             | 51 - Nome do Profissional                                 |                                       |                                             |  | 52 - Cons. Prof.                 | 53 - Número do Conselho          |                                                                          | 54 - UF         | 55 - Código CBO                             |                        |
|                                                                                                  |                          | <b>14897059020</b>                                                      |             | <b>LUIZ ANICET</b>                                        |                                       |                                             |  | <b>6</b>                         | <b>5417</b>                      |                                                                          | <b>43</b>       | <b>225270</b>                               |                        |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 1 - ____/____/____                                                                               |                          | 3 - ____/____/____                                                      |             | 5 - ____/____/____                                        |                                       | 7 - ____/____/____                          |  | 9 - ____/____/____               |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 2 - ____/____/____                                                                               |                          | 4 - ____/____/____                                                      |             | 6 - ____/____/____                                        |                                       | 8 - ____/____/____                          |  | 10 - ____/____/____              |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>DOR EM TTO RETIRADA TALA</b>                               |                          |                                                                         |             |                                                           |                                       |                                             |  |                                  |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 88,00</b>                                            |                          | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 8,28</b>                 |             | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 19,84</b>         |                                       | 62 - Total de OPME (R\$)                    |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |                                  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                     |                 | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 116,12</b> |                        |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                          |                                                                         |             | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável            |                                       |                                             |  | 68 - Assinatura do Contratado    |                                  |                                                                          |                 |                                             |                        |

SANDRA  
SANDRA

SANDRA  
SANDRA

## Guia de Outras Despesas

**921373**

**LORENZO CUNHA CARVALHO**

ADVENTISTA

## 1 - Registro Ans

## 2 - N° Guia Referencia

999999

**921373**

### 3 - Código na Operadora

#### 4 - Nome do Contratado

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

## 5 - Código CNES

2228939

| Codigo de Despesas Realizadas                                          |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   | CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>06/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:15 | 9-Hora Final<br>16:15 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022264 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68  |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA                   |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>06/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:15 | 9-Hora Final<br>16:15 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034664 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,16  |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836           |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>06/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:15 | 9-Hora Final<br>16:15 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034362 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 6,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,16 |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CRÊPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869 |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 6-CD<br>4                                                              | 7-Data<br>06/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:15 | 9-Hora Final<br>16:15 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                                   |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>06/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:15 | 9-Hora Final<br>16:15 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852561 | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,03 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,40  |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CRÊPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461        |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>06/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:15 | 9-Hora Final<br>16:15 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,12  |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                         |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |                                     |  |                                 |  |                                  |  |                                   |  |                                 |  |
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00                              |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00                                                    |  | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 19,84 |  | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 8,28 |  | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 |  | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 |  | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 28,12 |  |

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



923251

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **923251**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923251</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

22/11/2023

16:23

AT: 923251  
US: SANDRA  
Idade: 10

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                             |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10634094</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>LUCAS SORIANO MAGALHAES</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>22/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - fratura falange proximal 5 qde</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                    | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>30722403</b>          | <b>CONSERVADOR + TALA GESSADA</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                   | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>     | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                                   |                   |                 |
| 5 -         |                          |                                   |                   |                 |
| 6 -         |                          |                                   |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                    | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>22/11/2023</b> | <b>14:05</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30722403</b>          | <b>CONSERVADOR + TALA GESSADA</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 24,00</b>       | <b>R\$ 24,00</b>       |
| <b>22/11/2023</b> | <b>16:23</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                   | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>22/11/2023</b> | <b>16:55</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>     | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                                   |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                   |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                                   |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>trauma no basquete dor edema</b> |
|------------------------------------------------------------------------|

|                                                        |                                                          |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 135,90</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 17,02</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 57,21</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 210,13</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

**LUCAS SORIANO MAGALHAES**

**ADVENTISTA**

**923251**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**923251**

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                              |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                    | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034664 | 12-Qtde<br>3 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,24 |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                            |                      |                           |                       |                |                                 |              |                       |                                      |                                   |
|--------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                  | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>0 | 11-Código do Item<br>0000162121 | 12-Qtde<br>3 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 10,03 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 30,09 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 10CM |                      |                           |                       |                |                                 |              |                       |                                      |                                   |

|                                                                        |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034362 | 12-Qtde<br>3 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 6,08 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 18,24 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |

|                                   |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                      |                                   |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>4                         | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022256 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,42 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,42 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE GESSO |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                      |                                   |

|                                                                 |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                       | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852561 | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,03 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,40 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461 |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                  |

|                                      |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>4                            | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                                |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                      | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>16:23 | 9-Hora Final<br>16:23 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>4 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,24 |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                           |                                       |                                     |                                  |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 57,21 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 17,02 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 74,23 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



921383

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **921383**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>921383</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

06/11/2023

16:46

AT: 921383  
US: SANDRA  
Idade: 12

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                       |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10633777</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/12/2025</b> | 10 - Nome<br><b>LUIZA NUNES SILVA</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>06/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - contusao joelho</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição   | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40804054</b>          | <b>RX JOELHO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                  |                   |                 |
| 4 -         |                          |                  |                   |                 |
| 5 -         |                          |                  |                   |                 |
| 6 -         |                          |                  |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição   | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>06/11/2023</b> | <b>16:46</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>  | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>06/11/2023</b> | <b>17:19</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40804054</b>          | <b>RX JOELHO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 33,15</b>       | <b>R\$ 33,15</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                  |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                  |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                  |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                  |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>trauma no esporte dor edema</b> |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 113,15</b> | 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\$)<br><b>R\$ 113,15</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



920954

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **920954**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>920954</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

01/11/2023

13:37

AT: 920954  
US: SANDRA  
Idade: 13

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                             |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10633259</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>18/10/2023</b> | 10 - Nome<br><b>MARIA EDUARDA LIMA CRUZ</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>LUIZ ANICET</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>5417</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>LUIZ ANICET / 5417</b> |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>01/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - TENALGIA PUNHO E</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição  | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 2 -         |                          |                 |                   |                 |
| 3 -         |                          |                 |                   |                 |
| 4 -         |                          |                 |                   |                 |
| 5 -         |                          |                 |                   |                 |
| 6 -         |                          |                 |                   |                 |

SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>04</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição  | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-----------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>01/11/2023</b> | <b>13:38</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                 |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                 |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                 |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                 |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                 |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA

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

|               |                 |                                             |                                                 |                              |                                        |                      |                                  |
|---------------|-----------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora<br><b>14897059020</b> | 51 - Nome do Profissional<br><b>LUIZ ANICET</b> | 52 - Cons. Prof.<br><b>6</b> | 53 - Número do Conselho<br><b>5417</b> | 54 - UF<br><b>43</b> | 55 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|               |                 |                                             |                                                 |                              |                                        |                      |                                  |
|               |                 |                                             |                                                 |                              |                                        |                      |                                  |
|               |                 |                                             |                                                 |                              |                                        |                      |                                  |

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

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>EM TTO RETIRADA TALA TC PUNHO E SP</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                            |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 80,00</b> | 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\$)<br><b>R\$ 80,00</b> |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



924021

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **924021**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>924021</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

29/11/2023

11:45

AT: 924021  
US: SANDRA  
Idade: 12

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                                |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10633850</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2023</b> | 10 - Nome<br><b>MIGUEL RODRIGUES FERNANDES</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>7099</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HUGO M SEELIG / 7099</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                                        |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>29/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - Entorse tornozelo E com ligamento</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição         | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>        | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30711029</b>          | <b>MEMBRO INFERIOR</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40804089</b>          | <b>RX TORNOZELO</b>    | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                        |                   |                 |
| 5 -         |                          |                        |                   |                 |
| 6 -         |                          |                        |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição         | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>29/11/2023</b> | <b>11:45</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>        | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>29/11/2023</b> | <b>15:01</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30711029</b>          | <b>MEMBRO INFERIOR</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 16,00</b>       | <b>R\$ 16,00</b>       |
| <b>29/11/2023</b> | <b>11:56</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40804089</b>          | <b>RX TORNOZELO</b>    | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                        |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                        |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                        |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>10764950010</b>    | <b>HUGO M SEELIG</b>      | <b>6</b>         | <b>7099</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                           |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

**Torceu tornozelo E. Edema**  
"

|                                                        |                                                          |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 127,90</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 17,02</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 50,35</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 195,27</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

**MIGUEL RODRIGUES FERNANDES**

**ADVENTISTA**

**924021**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

924021

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                        |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>29/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:45 | 9-Hora Final<br>11:45 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852596 | 12-Qtde<br>2 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 8,99 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 17,98 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |

|                                                              |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                    | 7-Data<br>29/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:45 | 9-Hora Final<br>11:45 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 1,19 |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                            |                      |                           |                       |                |                                 |              |                       |                                      |                                   |
|--------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                  | 7-Data<br>29/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:45 | 9-Hora Final<br>11:45 | 10-Tabela<br>0 | 11-Código do Item<br>0000162124 | 12-Qtde<br>2 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 15,44 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 30,88 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 15CM |                      |                           |                       |                |                                 |              |                       |                                      |                                   |

|                                   |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                      |                                   |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>4                         | 7-Data<br>29/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:45 | 9-Hora Final<br>11:45 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022256 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,42 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,42 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE GESSO |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                      |                                   |

|                                      |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>4                            | 7-Data<br>29/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:45 | 9-Hora Final<br>11:45 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                                |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                      | 7-Data<br>29/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>11:45 | 9-Hora Final<br>11:45 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>5 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,30 |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                           |                                       |                                     |                                  |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 50,35 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 17,02 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 67,37 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



923361

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **923361**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923361</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

23/11/2023

13:20

AT: 923361  
US: SANDRA  
Idade: 12

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                         |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10633527</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2022</b> | 10 - Nome<br><b>RAFAEL ALMEIDA KUHN</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                       |                                         |                                         |                      |                                  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>CARLOS E FORERO PEREA</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>28649</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>CARLOS E FORERO PEREA / 28649</b> |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>23/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - CONTUSÃO 3 QDDD</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                               |                   |                 |
| 4 -         |                          |                               |                   |                 |
| 5 -         |                          |                               |                   |                 |
| 6 -         |                          |                               |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>23/11/2023</b> | <b>13:20</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>23/11/2023</b> | <b>13:31</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional    | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>82231176068</b>    | <b>CARLOS E FORERO PEREA</b> | <b>6</b>         | <b>28649</b>            | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                              |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                              |                  |                         |           |                 |

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

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>TRUMA 3 QDD</b> |  |
|-------------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 111,90</b> | 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\$)<br><b>R\$ 111,90</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



921549

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **921549**

|                                                                                                  |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b>                                                                |                          | 3 - Número da Guia<br><b>921549</b>                                     |                                                                         | 07/11/2023                                                 |                                           | 17:22                                       |                                            |                                  |                                  | AT: 921549<br>US: SANDRA<br>Idade: 13                                                    |                                   |                                             |
| 4 - Data da Autorização                                                                          |                          | 5 - Senha                                                               |                                                                         | 6 - Data de Validade da Senha                              |                                           | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635012</b>                                                        |                          |                                                                         | 9 - Validade da Carteira<br><b>18/12/2022</b>                           |                                                            | 10 - Nome<br><b>RAFAELLA DIAS NAGILDO</b> |                                             |                                            |                                  | 11 - Cartão Nacional de Saúde    |                                                                                          | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |                                             |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b>                                                |                          |                                                                         | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>                      |                          |                                                                         |                                                                         | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                    |                                           | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b>      |                                            | 18 - UF<br><b>43</b>             | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |                                   |                                             |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                   |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b>                                                          |                          | 22 - Data da Solicitação<br><b>07/11/2023</b>                           |                                                                         | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - fratura falange 2 qdd</b> |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 24 - Tabela                                                                                      | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                                                          |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  | 27 - Qtde. Solic.                | 28 - Qtde. Aut.                                                                          |                                   |                                             |
| <b>22</b>                                                                                        | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  | <b>1</b>                         | <b>1</b>                                                                                 |                                   |                                             |
| <b>22</b>                                                                                        | <b>30722420</b>          | <b>FRATURA E/OU LUXACAO DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - RED</b>        |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  | <b>1</b>                         | <b>1</b>                                                                                 |                                   |                                             |
| <b>22</b>                                                                                        | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>                                           |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  | <b>1</b>                         | <b>1</b>                                                                                 |                                   |                                             |
| 4 -                                                                                              |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 5 -                                                                                              |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 6 -                                                                                              |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b>                                                |                          |                                                                         | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b>                                                       |                                   |                                             |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b>                                                            |                          | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |                                                                         |                                                            | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b>         |                                             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 36 - Data                                                                                        | 37 - Hora Inicial        | 38 - Hora Final                                                         | 39 - Tabela                                                             | 40 - Código Procedimento                                   | 41 - Descrição                            | 42 - Qtde                                   | 43 - Via                                   | 44 - Tec.                        | 45 - Red/Acr                     | 46 - Valor Unit. (R\$)                                                                   | 47 - Valor Total (R\$)            |                                             |
| <b>07/11/2023</b>                                                                                | <b>17:22</b>             |                                                                         | <b>22</b>                                                               | <b>10101012</b>                                            | <b>CONSULTA</b>                           | <b>1</b>                                    |                                            |                                  |                                  | <b>R\$ 80,00</b>                                                                         | <b>R\$ 80,00</b>                  |                                             |
| <b>07/11/2023</b>                                                                                | <b>14:50</b>             |                                                                         | <b>22</b>                                                               | <b>30722420</b>                                            | <b>FRATURA E/OU LUXACAO DE FALANG</b>     | <b>1</b>                                    |                                            |                                  |                                  | <b>R\$ 42,00</b>                                                                         | <b>R\$ 42,00</b>                  |                                             |
| <b>07/11/2023</b>                                                                                | <b>17:25</b>             |                                                                         | <b>22</b>                                                               | <b>40803120</b>                                            | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>             | <b>1</b>                                    |                                            |                                  |                                  | <b>R\$ 31,90</b>                                                                         | <b>R\$ 31,90</b>                  |                                             |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                    | 49 - Grau Part.          | 50 - Código Operadora                                                   |                                                                         |                                                            | 51 - Nome do Profissional                 |                                             |                                            | 52 - Cons. Prof.                 | 53 - Número do Conselho          |                                                                                          | 54 - UF                           | 55 - Código CBO                             |
|                                                                                                  |                          | <b>24359025068</b>                                                      |                                                                         |                                                            | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>        |                                             |                                            | <b>6</b>                         | <b>9866</b>                      |                                                                                          | <b>43</b>                         | <b>225270</b>                               |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
|                                                                                                  |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 1 - ____/____/____                                                                               |                          | 3 - ____/____/____                                                      |                                                                         | 5 - ____/____/____                                         |                                           | 7 - ____/____/____                          |                                            | 9 - ____/____/____               |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 2 - ____/____/____                                                                               |                          | 4 - ____/____/____                                                      |                                                                         | 6 - ____/____/____                                         |                                           | 8 - ____/____/____                          |                                            | 10 - ____/____/____              |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>trauma mao d no volei dor edema</b>                        |                          |                                                                         |                                                                         |                                                            |                                           |                                             |                                            |                                  |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 153,90</b>                                           |                          | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 17,02</b>                |                                                                         | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 64,43</b>          |                                           | 62 - Total de OPME (R\$)                    |                                            | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |                                  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                     |                                   | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 235,35</b> |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                          |                                                                         |                                                                         | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável             |                                           |                                             |                                            | 68 - Assinatura do Contratado    |                                  |                                                                                          |                                   |                                             |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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



922410

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **922410**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>922410</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

14/11/2023

14:15

AT: 922410  
US: SANDRA  
Idade: 13

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                           |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10635012</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>18/12/2022</b> | 10 - Nome<br><b>RAFAELLA DIAS NAGILDO</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>14/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - fratura falange 2 qdd</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                               |                   |                 |
| 4 -         |                          |                               |                   |                 |
| 5 -         |                          |                               |                   |                 |
| 6 -         |                          |                               |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>14/11/2023</b> | <b>14:16</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>14/11/2023</b> | <b>14:41</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>dor mao</b> |  |
|---------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 111,90</b> | 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\$)<br><b>R\$ 111,90</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

**RAFAELLA DIAS NAGILDO**

**ADVENTISTA**

**921549**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**921549**

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                  |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162122 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 11,87 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 23,74 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM                      |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,57  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843     |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>78988837   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 7,15  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 21,45 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485 |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162121 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 10,03 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 10,03 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 10CM                       |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852561   | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,03  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,40  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461  |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022256   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,42 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,42 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE GESSO                                |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                             |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>17:22 | 9-Hora Final<br>17:22 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172   | 12-Qtde<br>4   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,24  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                   |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |

|                                           |                                       |                                     |                                  |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 64,43 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 17,02 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 81,45 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



921479

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 921479**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>921479</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

**07/11/2023**

**13:32**

AT: 921479  
US: SANDRA  
Idade: 16

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                           |                                               |                                                      |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10632921</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>06/11/2019</b> | 10 - Nome<br><b>SAMUEL FONTOURA KERSCHNER AMODEU</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

**Dados do Solicitante**

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

|                                         |                                               |                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>07/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - entorse do 1 qde</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição                | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>30711037</b>          | <b>MEMBRO SUPERIOR</b>        | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                               |                   |                 |
| 5 -         |                          |                               |                   |                 |
| 6 -         |                          |                               |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

**Dados do Contratado Executante**

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

**Dados do Atendimento**

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição                | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>07/11/2023</b> | <b>13:32</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>               | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>07/11/2023</b> | <b>14:51</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30711037</b>          | <b>MEMBRO SUPERIOR</b>        | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 8,00</b>        | <b>R\$ 8,00</b>        |
| <b>07/11/2023</b> | <b>13:36</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803120</b>          | <b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 31,90</b>       | <b>R\$ 31,90</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                               |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

|                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>trauma no basquete dor edema 1 qde</b> |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                        |                                                          |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 119,90</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 17,02</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 64,43</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 201,35</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

**SAMUEL FONTOURA KERSCHNER AMODEU**

**ADVENTISTA**

**921479**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

921479

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                  |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162122 | 12-Qtde<br>2   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 11,87 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 23,74 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM                      |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,57  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843     |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>78988837   | 12-Qtde<br>3   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 7,15  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 21,45 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485 |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>0  | 11-Código do Item<br>0000162121 | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 10,03 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 10,03 |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 10CM                       |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852561   | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,03  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 5,40  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461  |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022256   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,42 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,42 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE GESSO                                |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384   | 12-Qtde<br>1   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                             |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>07/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>13:32 | 9-Hora Final<br>13:32 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172   | 12-Qtde<br>4   | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,24  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                   |                      |                           |                       |                 |                                 |                |                       |                                      |                                   |

|                                           |                                       |                                     |                                  |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 64,43 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 17,02 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 81,45 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|



923282

2 - N° Guia no Prestador **923282**

|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------|------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br>999999                                              |                          | 3 - Número da Guia<br>923282                                     |                      | 22/11/2023                                                       |                                              | 18:58                       |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  | AT: 923282<br>US: SANDRA<br>Idade: 13 |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização                                                 |                          |                                                                  | 5 - Senha            |                                                                  |                                              |                             | 6 - Data de Validade da Senha     |                                            |          | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora    |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| Dados do Beneficiário                                                   |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>10633743                                      |                          |                                                                  |                      | 9 - Validade da Carteira<br>22/11/2023                           |                                              |                             | 10 - Nome<br>VITOR AMARAL ANDRADE |                                            |          |                                                |                           | 11 - Cartão Nacional de Saúde      |                                                                                   |                        | 12 - Atendimento a RN<br>N |                     |  |                                       |  |  |  |
| Dados do Solicitante                                                    |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 13 - Código na Operadora<br>15116763000331                              |                          |                                                                  |                      | 14 - Nome do Contratado<br>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA. |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG    |                          |                                                                  |                      |                                                                  | 16 - Conselho Profissional<br>06             |                             | 17 - Número do Conselho<br>9866   |                                            |          | 18 - UF<br>43                                  | 19 - Código CBO<br>225270 |                                    | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866 |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                        |                          | 22 - Data da Solicitação<br>22/11/2023                           |                      | 23 - Indicação Clínica<br>0 - contusao hallux d                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 24 - Tabela                                                             | 25 - Código Procedimento |                                                                  | 26 - Descrição       |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          | 27 - Qtde. Solic.                              |                           |                                    | 28 - Qtde. Aut.                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 22                                                                      | 10101012                 |                                                                  | CONSULTA             |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          | 1                                              |                           |                                    | 1                                                                                 |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 22                                                                      | 30711010                 |                                                                  | IMOB PROVISORIA      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          | 1                                              |                           |                                    | 1                                                                                 |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 22                                                                      | 40804097                 |                                                                  | RX PE OU PODODACTILO |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          | 1                                              |                           |                                    | 1                                                                                 |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 4 -                                                                     |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 5 -                                                                     |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 6 -                                                                     |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| Dados do Contratado Executante                                          |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>15116763000331                              |                          |                                                                  |                      | 30 - Nome do Contratado<br>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA. |                                              |                             |                                   |                                            |          | 31 - Código CNES<br>2228939                    |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| Dados do Atendimento                                                    |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>05                                          |                          | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |                      |                                                                  |                                              | 34 - Tipo de Consulta<br>1  |                                   | 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 Procedimento                                         | 41 - Descrição                               |                             |                                   | 42 - Qtde                                  | 43 - Via | 44 - Tec.                                      | 45 - Red/Acr              | 46 - Valor Unit. (R\$)             |                                                                                   | 47 - Valor Total (R\$) |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 22/11/2023                                                              | 18:58                    |                                                                  | 22                   | 10101012                                                         | CONSULTA                                     |                             |                                   | 1                                          |          |                                                |                           | R\$ 80,00                          |                                                                                   | R\$ 80,00              |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 22/11/2023                                                              | 19:17                    |                                                                  | 22                   | 30711010                                                         | IMOB PROVISORIA                              |                             |                                   | 1                                          |          |                                                |                           | R\$ 8,00                           |                                                                                   | R\$ 8,00               |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 22/11/2023                                                              | 19:11                    |                                                                  | 22                   | 40804097                                                         | RX PE OU PODODACTILO                         |                             |                                   | 1                                          |          |                                                |                           | R\$ 33,15                          |                                                                                   | R\$ 33,15              |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                      |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 48-Seq.Ref.                                                             |                          | 49-Grau Part.                                                    |                      | 50 - Código Operadora                                            |                                              | 51 - Nome do Profissional   |                                   |                                            |          | 52-Cons. Prof.                                 |                           | 53 - Número do Conselho            |                                                                                   | 54 - UF                |                            | 55 - Código CBO     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      | 24359025068                                                      |                                              | ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG |                                   |                                            |          | 6                                              |                           | 9866                               |                                                                                   | 43                     |                            | 225270              |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
|                                                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                       |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 1 - ____/____/____                                                      |                          |                                                                  |                      | 3 - ____/____/____                                               |                                              |                             |                                   | 5 - ____/____/____                         |          |                                                |                           | 7 - ____/____/____                 |                                                                                   |                        |                            | 9 - ____/____/____  |  |                                       |  |  |  |
| 2 - ____/____/____                                                      |                          |                                                                  |                      | 4 - ____/____/____                                               |                                              |                             |                                   | 6 - ____/____/____                         |          |                                                |                           | 8 - ____/____/____                 |                                                                                   |                        |                            | 10 - ____/____/____ |  |                                       |  |  |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                         |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| trauma no futebol dor edema                                             |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| IMOB PROV PE E TORNOZELO AD                                             |                          |                                                                  |                      |                                                                  |                                              |                             |                                   |                                            |          |                                                |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 59-Total de Procedimentos (R\$)<br>R\$ 121,15                           |                          | 60-Total deTaxas e Alugueis (R\$)<br>R\$ 8,28                    |                      | 61-Total de Materiais (R\$)<br>R\$ 30,88                         |                                              | 62-Total de OPME (R\$)      |                                   | 63-Total de Medicamentos (R\$)             |          | 64-Total de Gases Medicinais (R\$)             |                           | 65-Total Geral (R\$)<br>R\$ 160,31 |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |
| 66-Assinatura do Responsável pela Autorização                           |                          |                                                                  |                      |                                                                  | 67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                             |                                   |                                            |          | 68-Assinatura do Contratado                    |                           |                                    |                                                                                   |                        |                            |                     |  |                                       |  |  |  |

# Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

VITOR AMARAL ANDRADE

ADVENTISTA

923282

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

923282

3 - Codigo na Operadora

15116763000331

4 - Nome do Contratado

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

5 - Codigo CNES

2228939

Codigo de Despesas Realizadas CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

|                                                                  |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:58 | 9-Hora Final<br>18:58 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852553 | 12-Qtde<br>180 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,07 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,60 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508 |                      |                           |                       |                 |                               |                |                       |                                     |                                   |

|                                      |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>4                            | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:58 | 9-Hora Final<br>18:58 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                                                        |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                                              | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:58 | 9-Hora Final<br>18:58 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70852596 | 12-Qtde<br>2 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 8,99 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 17,98 |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |

|                                                      |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>4                                            | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:58 | 9-Hora Final<br>18:58 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022264 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68 |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                                |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 6-CD<br>3                                      | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>18:58 | 9-Hora Final<br>18:58 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>5 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,30 |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                  |

|                                           |                                       |                                     |                                 |                                  |                                   |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00 | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00 | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 30,88 | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 8,28 | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 39,16 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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



923228

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **923228**

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>923228</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

22/11/2023

14:54

AT: 923228  
US: SANDRA  
Idade: 11

|                         |           |                               |                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                               |                                           |                               |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>10634418</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>22/11/2023</b> | 10 - Nome<br><b>VITOR SILVA CORTINOVE</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                         |                                        |                      |                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>9866</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>22/11/2023</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>0 - fratura falange 3 pdd</b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código Procedimento | 26 - Descrição              | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>22</b>   | <b>30729165</b>          | <b>CONSERVADOR + IMOB</b>   | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>             | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40804097</b>          | <b>RX PE OU PODODACTILO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                             |                   |                 |
| 5 -         |                          |                             |                   |                 |
| 6 -         |                          |                             |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000331</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.</b> | 31 - Código CNES<br><b>2228939</b> |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 Procedimento | 41 - Descrição              | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>22/11/2023</b> | <b>16:38</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30729165</b>          | <b>CONSERVADOR + IMOB</b>   | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 42,00</b>       | <b>R\$ 42,00</b>       |
| <b>22/11/2023</b> | <b>14:54</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101012</b>          | <b>CONSULTA</b>             | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 80,00</b>       | <b>R\$ 80,00</b>       |
| <b>22/11/2023</b> | <b>14:57</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40804097</b>          | <b>RX PE OU PODODACTILO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 33,15</b>       | <b>R\$ 33,15</b>       |
|                   |                   |                 |             |                          |                             |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                             |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                             |           |          |           |              |                        |                        |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

| 48 - Seq.Ref. | 49 - Grau Part. | 50 - Código Operadora | 51 - Nome do Profissional          | 52 - Cons. Prof. | 53 - Número do Conselho | 54 - UF   | 55 - Código CBO |
|---------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
|               |                 | <b>24359025068</b>    | <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b> | <b>6</b>         | <b>9866</b>             | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

trauma no futebol dor edema

|                                                        |                                                         |                                                   |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 155,15</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>R\$ 8,28</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 24,13</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 187,56</b> |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

## Guia de Outras Despesas

# ADVENTISTA

**923228**

**VITOR SILVA CORTINOVE**

## 1 - Registro Ans

999999

## 2 - N° Guia Referencia

**923228**

### 3 - Código na Operadora

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

## 5 - Código CNES

2228939

| Codigo de Despesas Realizadas                                    |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   | CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>14:54 | 9-Hora Final<br>14:54 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>78988837 | 12-Qtde<br>3 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 7,15 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 21,45 |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485 |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>14:54 | 9-Hora Final<br>14:54 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60022264 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,68  |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA             |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>14:54 | 9-Hora Final<br>14:54 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70034680 | 12-Qtde<br>2 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 1,19 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 2,38  |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843     |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>4                                                        | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>14:54 | 9-Hora Final<br>14:54 | 10-Tabela<br>18 | 11-Código do Item<br>60023384 | 12-Qtde<br>1 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 4,60 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 4,60  |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>TX. SALA CONSULTORIO                             |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>3                                                        | 7-Data<br>22/11/2023 | 8-Hora de Inicio<br>14:54 | 9-Hora Final<br>14:54 | 10-Tabela<br>19 | 11-Código do Item<br>70799172 | 12-Qtde<br>5 | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,30  |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025                   |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   |                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17-Total Gases Medicinais R\$<br>R\$ 0,00                        |                      |                           |                       |                 |                               |              |                       |                                     |                                   | 18-Total Medicamentos R\$<br>R\$ 0,00                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 19-Total Materiais R\$<br>R\$ 24,13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20-Total Taxas Div.<br>R\$ 8,28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 21-Total Diarias R\$<br>R\$ 0,00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 22-Total Alugueis R\$<br>R\$ 0,00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 23-Total Geral R\$<br>R\$ 32,41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |