

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



10641

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 10641

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 10641
----------------------------	-----------------------------

02/08/2024

12:39

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

AT: 10641
US: SANDRA
Idade: 15

8 - Número da Carteira 8757538	9 - Validade da Carteira 02/08/2024	10 - Nome ANA JULIA FERRAZ IGNACIO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37941	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO / 37941
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/08/2024	23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPANOS - REDUCAO INCRUENTA	1	1
22	30711010	TIPOIA	1	1
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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\$)
02/08/2024	12:40		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
02/08/2024	12:44		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
02/08/2024	15:13		22	30711010	TIPOIA	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
02/08/2024	12:41		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 84659521320	51 - Nome do Profissional RUY MARANHÃO	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 37941	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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 CIA DO PAI CONTUSAO DO 5º QDE HOJE-VOLEI EF: EDEMA2+, HEMATOMA VOLAR NA IFP E DOR A PALP EF: EDEMA2+, HEMATOMA VOLAR NA IFP E DOR A PALP EF: EDEMA2+, HEMATOMA VOLAR NA IFP E DOR A PALP

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 217,26	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 10,42	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 217,68
---	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização CD: RY ET BASE E ALANCE MEDIA VISTO SOMEBNT E PERFIL AINE TALA	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

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



11126

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **11126**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11126
-----------------------------------	------------------------------------

09/08/2024

12:06

AT: 11126
US: SANDRA
Idade: 15

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 8757538	9 - Validade da Carteira 02/08/2024	10 - Nome ANA JULIA FERRAZ IGNACIO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37941	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO / 37941
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/08/2024	23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	2	2
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 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\$)
09/08/2024	12:07		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
09/08/2024	10:41		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	2				R\$ 10,50	R\$ 21,00
09/08/2024	12:12		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

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
		84659521320	RUY MARANHÃO	6	37941	43	225270

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

CIA DO PAI
CONTUSAO DO 5º QDE HOJE-VOLEI
FT BASE FALANGE MEDIA VISTO SOMENTE PERFIL

59 - Total de Honorários (R\$) R\$ 161,26	60 - Total de Honorários (R\$) R\$ 161,26	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 12,76	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 174,02
---	---	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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

RET 1 SEMANA PARA TROCA DE IMOBIL

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



11462

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 11462

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11462
----------------------------	-----------------------------

16/08/2024

11:06

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

AT: 11462
US: SANDRA
Idade: 15

8 - Número da Carteira 8757538	9 - Validade da Carteira 02/08/2024	10 - Nome ANA JULIA FERRAZ IGNACIO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37941	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO / 37941
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/08/2024	23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao
----------------------------------	--	--

24 - Tabela 22	25 - Código Procedimento 10101039	26 - Descrição CONSULTA (U)	27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 13	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	--	----------------------------	--

36 - Data 16/08/2024	37 - Hora Inicial 11:06	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)	42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 84659521320	51 - Nome do Profissional RUY MARANHÃO	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 37941	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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 CIA DO PAI CONTUSAO DO 5º QDE HOJE-VOLEI FT BASE FALANGE MEDIA VISTO SOMENTE PERFIL
--

59 - Total de Materiais (R\$) R\$ 100,00	60 - Total de OPME (R\$)	61 - Total de Medicamentos (R\$)	62 - Total de Gases Medicinais (R\$)	63 - Total Geral (R\$) R\$ 100,00
---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização CD- RETIRO TALA E ORIENTA SOBRE CUIDADOS RET EM 1 MES	65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	66 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

ANA JULIA FERRAZ IGNACIO

AMA ADVENTISTA

10641

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 10641
3 - Codigo na Operadora 4 - Nome do Contratado
15116763000412 TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES
4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis	
6-CD 3	7-Data 02/08/2024	8-Hora de Inicio 12:39	9-Hora Final 12:39	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,86		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)											
6-CD 3	7-Data 02/08/2024	8-Hora de Inicio 12:39	9-Hora Final 12:39	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 5,47	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,47		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID											
6-CD 3	7-Data 02/08/2024	8-Hora de Inicio 12:39	9-Hora Final 12:39	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,09		
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT											
17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00										18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	
19-Total Materiais R\$ R\$ 10,42										20-Total Taxas Div. R\$ 0,00	
21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00										22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	
23-Total Geral R\$ R\$ 10,42											

Guia de Outras Despesas

ANA JULIA FERRAZ IGNACIO

AMA ADVENTISTA

11126

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

11126

3 - Codigo na Operadora

15116763000412

4 - Nome do Contratado

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas		CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis							
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	09/08/2024	12:06	12:06	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	09/08/2024	12:06	12:06	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,09
16-Descrição									
ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	09/08/2024	12:06	12:06	19	70852600	360	0	R\$ 0,02	R\$ 7,20
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
17-Total Gases Medicinais R\$		18-Total Medicamentos R\$		19-Total Materiais R\$		20-Total Taxas Div.		21-Total Diarias R\$	
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 12,76		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
								22-Total Alugueis R\$	
								R\$ 0,00	
								23-Total Geral R\$	
								R\$ 12,76	

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



12149

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **12149**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 12149		27/08/2024		16:35						AT: 12149 US: SANDRA Idade: 9	
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 8758028				9 - Validade da Carteira 27/08/2024		10 - Nome ARTHUR DANESI DOS SANTOS CEZAR				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante													
13 - Código na Operadora 15116763000412				14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA									
15 - Nome do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28033		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/08/2024		23 - Indicação Clínica S835 - Entorse e distensao envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho									
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição							27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.		
22	10101039	CONSULTA (U)							1		1		
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO							1		1		
22	40804062	JOELHO + PATELA							1		1		
4 -													
5 -													
6 -													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 15116763000412				30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA						31 - Código CNES 4115449			
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 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\$)
27/08/2024	17:37		22	10101039	CONSULTA (U)			1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
27/08/2024	17:37		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ			1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
27/08/2024	16:45		22	40804062	JOELHO + PATELA			1				R\$ 43,73	R\$ 43,73
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	
		60949660078			JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA			6	28033		43	0	
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 DOR JOELHO													
S835 - Entorse e distensao envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 154,23		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 25,86		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$) R\$ 180,09	
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



12248

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 12248

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 12248
----------------------------	-----------------------------

29/08/2024 10:11

AT: 12248
US: SANDRA
Idade: 9

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

8 - Número da Carteira 8758028	9 - Validade da Carteira 27/08/2024	10 - Nome ARTHUR DANESI DOS SANTOS CEZAR	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 46780	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA / 46780
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/08/2024	23 - Indicação Clínica S836 - Entorse e distensao de outras partes e das nao especificadas do joelho
----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30726115	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - REDUÇÃO INCRUENTA	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 13	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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\$)
29/08/2024	10:11		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
29/08/2024	11:08		22	30726115	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVE	1				R\$ 67,00	R\$ 67,00

SANDRA
SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 08147006918	51 - Nome do Profissional PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 46780	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PROPRIA ALTURA HÁ 2 DIAS, COM TRAUMA DIRETO NO JOELHO ESQUERDO. JÁ SEM QUEIXAS HOJE. EM USO DE BRACE. SEM OUTRAS QUEIXAS.
--

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ EXAME:	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\$) R\$ 167,00
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização SEM DOR À PALPAÇÃO OU MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQ SEM DOR À PALPAÇÃO DO POLO INFERIOR DA PATELA NV PRESERVADO	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

ARTHUR DANESI DOS SANTOS CEZAR

AMA ADVENTISTA

12149

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

12149

3 - Codigo na Operadora

15116763000412

4 - Nome do Contratado

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis		
6-CD 3	7-Data 27/08/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,21			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID												
6-CD 3	7-Data 27/08/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 5,47	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,47			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID												
6-CD 3	7-Data 27/08/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,18			
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT												
17-Total Gases Medicinais R\$				18-Total Medicamentos R\$			19-Total Materiais R\$		20-Total Taxas Div.		21-Total Diarias R\$	
R\$ 0,00				R\$ 0,00			R\$ 25,86		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
							</					

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



11125

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **11125**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11125
-----------------------------------	------------------------------------

09/08/2024

11:56

AT: 11125
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 8758045	9 - Validade da Carteira 09/08/2024	10 - Nome GUILHERME BECKER KLEESTADT	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37941	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO / 37941
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/08/2024	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED NAO-CIRURGICA	1	1
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
22	40804097	PE OU PODODACTILO	1	1
22	40804089	TORNOZELO	1	1
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 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\$)
09/08/2024	13:58		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
09/08/2024	13:58		22	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00
09/08/2024	12:07		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26
09/08/2024	12:07		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51
09/08/2024	12:07		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA
SANDRA
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
		84659521320	RUY MARANHÃO	6	37941	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa

CIA DO TIO PAULO
ENTORSE DO TNZ ESQ HOJE E ESCORIACAO PUNHO ESQ
EF: MAO: ESCORIACAO SEM EDEMA, MOBIL ATIVA NL
EF TNZ: EDEMA MAL LAR E BSE DO 5 MT COM DOR A PAL
R\$ 414,03

61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 99,28	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 413,31
---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização CD: RY TALA ROTA RETI EM 1 SEMANA AINE	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

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



11463

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 11463

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11463
----------------------------	-----------------------------

16/08/2024

11:11

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

AT: 11463
US: SANDRA
Idade: 12

8 - Número da Carteira 8758045	9 - Validade da Carteira 09/08/2024	10 - Nome GUILHERME BECKER KLEESTADT	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412		14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA			
15 - Nome do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37941	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO / 37941

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/08/2024	23 - Indicação Clínica S92 - Fratura do pe (exceto do tornozelo)
----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 13	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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\$)
16/08/2024	11:11		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 84659521320	51 - Nome do Profissional RUY MARANHÃO	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 37941	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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 CIA DO TIO PAULO ENTORSE DO TNZ ESQ HOJE E ESCORIACAO PUNHO ESQ EF: MAO: ESCORIACAO, SEM EDEMA, MOBIL ATIVA NL EF: TNZ ESQ HOJE E ESCORIACAO, SEM EDEMA, MOBIL ATIVA NL EF: TNZ ESQ HOJE E ESCORIACAO, SEM EDEMA, MOBIL ATIVA NL

59 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 100,00
-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização CD: ROBOFOOT PRA DEAMBULAR APENAS POR 1 SEMANA	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

AMA ADVENTISTA

11125

GUILHERME BECKER KLEESTADT

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

11125

3 - Código na Operadora

15116763000412

4 - Nome do Contratado

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Código CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas											CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis										
6-CD 3	7-Data 09/08/2024	8-Hora de Inicio 11:56	9-Hora Final 11:56	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034680	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 3,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 6,07												
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID																					
6-CD 3	7-Data 09/08/2024	8-Hora de Inicio 11:56	9-Hora Final 11:56	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162121	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 12,21	15-Valor Total - R\$ R\$ 24,43												
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM																					
6-CD 3	7-Data 09/08/2024	8-Hora de Inicio 11:56	9-Hora Final 11:56	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162125	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 30,98	15-Valor Total - R\$ R\$ 30,98												
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 20 CM																					
6-CD 3	7-Data 09/08/2024	8-Hora de Inicio 11:56	9-Hora Final 11:56	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162124	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 17,78	15-Valor Total - R\$ R\$ 35,55												
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM																					
6-CD 3	7-Data 09/08/2024	8-Hora de Inicio 11:56	9-Hora Final 11:56	10-Tabela 0	11-Código do Item 0005395102	12-Qtde 50	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,05	15-Valor Total - R\$ R\$ 2,25												
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 10CMX25MT																					
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\$ 99,28		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 99,28									

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



11267

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 11267

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11267
----------------------------	-----------------------------

12/08/2024

16:24

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

AT: 11267
US: SANDRA
Idade: 9

8 - Número da Carteira 8757998	9 - Validade da Carteira 12/08/2024	10 - Nome HENRIQUE ANDRADE DE SOUZA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS HERNANDES DA COSTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 52305	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante MATHEUS HERNANDES DA COSTA / 52305
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/08/2024	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	40804089	TORNOZELO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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\$)
12/08/2024	16:25		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
12/08/2024	16:30		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 02564814077	51 - Nome do Profissional MATHEUS HERNANDES DA COSTA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 52305	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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 PACIENTE MASCULINO DE 9 ANOS, ACOMPANHADO DA MAE REFERE ENTORSE TORNOZELO DIREITO NO DIA DE HOJE
--

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 140,26	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\$) R\$ 140,26
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização SEM EQUIMOSE SEM LESOES DE PELE	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

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



11754

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **11754**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11754
-----------------------------------	------------------------------------

21/08/2024

14:32

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 11754
US: SANDRA
Idade: 9

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758299	9 - Validade da Carteira 21/08/2024	10 - Nome ISADORA AUGUSTIN DE MELO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 16399	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO / 16399
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/08/2024	23 - Indicação Clínica M796 - Dor em membro
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	40804062	JOELHO + PATELA	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 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\$)
21/08/2024	16:45		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
21/08/2024	16:44		22	40804062	JOELHO + PATELA	1				R\$ 43,73	R\$ 43,73

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
		43145639072	ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO	6	16399	43	225270

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

DOR EM JOELHO D HÁ APROX 2SEM APOS TOPEÇAR E CAIR C JOELHO D NO CHÃO

DOR INSERÇÃO DO QUADRICEPS D M796 - Dor em membro

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 143,73	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\$) R\$ 143,73
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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



12150

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **12150**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 12150		27/08/2024		16:38					
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 8758074				9 - Validade da Carteira 27/08/2024		10 - Nome JULIA BECKER KLEESTADT				11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N											
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 15116763000412				14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							
15 - Nome do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28033		18 - UF 43		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/08/2024		23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo							
24 - Tabela		25 - Código Procedimento		26 - Descrição						27 - Qtde. Solic.	
22		10101039		CONSULTA (U)						1	
22		30711010		IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO						1	
22		40804097		PE OU PODODACTILO						1	
22		40804089		TORNOZELO						1	
5 -											
6 -											
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 15116763000412				30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							
31 - Código CNES 4115449											
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2				34 - Tipo de Consulta 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	
27/08/2024		17:33				22		10101039		CONSULTA (U)	
27/08/2024		17:34				22		30711010		IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	
27/08/2024		16:39				22		40804097		PE OU PODODACTILO	
27/08/2024		16:39				22		40804089		TORNOZELO	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq.Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código Operadora		51 - Nome do Profissional				52 - Cons. Prof.	
				60949660078		JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA				6	
										53 - Número do Conselho	
										28033	
										54 - UF	
										43	
										55 - Código CBO	
										0	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____		10 - ____/____/____	
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____			
58 - Observação / Justificativa											
dor tornozelo											
S934 - Entorse e distensao do tornozelo											
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 192,27		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 47,93		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$) R\$ 240,20											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



12165

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 12165

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 12165
----------------------------	-----------------------------

28/08/2024 10:38

AT: 12165
US: SANDRA
Idade: 14

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

8 - Número da Carteira 8758074	9 - Validade da Carteira 27/08/2024	10 - Nome JULIA BECKER KLEESTADT	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante AUGUSTO MEDAGLIA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 28087	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante AUGUSTO MEDAGLIA / 28087
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/08/2024	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 13	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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\$)
28/08/2024	10:38		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 96089075000	51 - Nome do Profissional AUGUSTO MEDAGLIA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 28087	54 - UF 43	55 - Código CBO 0
---------------	-----------------	--------------------------------------	---	-----------------------	----------------------------------	---------------	----------------------

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 ENTORSE TNZ DIR G2 BOTA 1-2 SEMANAS NIMES 2-3 DIAS

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 100,00	60 - Total de Taxas e Alugueis (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\$) R\$ 100,00
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização S934 - Entorse e distensao do tornozelo	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis	
6-CD 3	7-Data 27/08/2024	8-Hora de Inicio 16:38	9-Hora Final 16:38	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000313151	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,15	15-Valor Total - R\$ R\$ 27,54		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)											
6-CD 3	7-Data 27/08/2024	8-Hora de Inicio 16:38	9-Hora Final 16:38	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,21		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID											
6-CD 3	7-Data 27/08/2024	8-Hora de Inicio 16:38	9-Hora Final 16:38	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,18		
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT											
</											

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



11819

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 11819

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11819
----------------------------	-----------------------------

22/08/2024 13:06

AT: 11819
US: SANDRA
Idade: 16

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

8 - Número da Carteira 8758456	9 - Validade da Carteira 22/08/2024	10 - Nome LARISSA JACOB GONCALVES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RICARDO PICON ALVES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 35717	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante PAULO RICARDO PICON ALVES / 35717
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/08/2024	23 - Indicação Clínica S80 - Traumatismo superficial da perna
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
22	40804062	JOELHO + PATELA	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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\$)
22/08/2024	13:06		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
22/08/2024	16:18		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
22/08/2024	13:19		22	40804062	JOELHO + PATELA	1				R\$ 43,73	R\$ 43,73

SANDRA
SANDRA
SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 01733489045	51 - Nome do Profissional PAULO RICARDO PICON ALVES	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 35717	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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 Trauma no joelho D (colega chutou ela), hoje.
--

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Alugueis (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\$)
R\$ 45,23	R\$ 89,47	R\$ 89,47				R\$ 243,70

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

ADM dolorosa na flexão >90

Guia de Outras Despesas

LARISSA JACOB GONCALVES

AMA ADVENTISTA

11819

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

11819

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Código CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis																																																											
6-CD 3	7-Data 22/08/2024	8-Hora de Inicio 13:06	9-Hora Final 13:06	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 10,11																																																												
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																																																																					
6-CD 3	7-Data 22/08/2024	8-Hora de Inicio 13:06	9-Hora Final 13:06	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000313151	12-Qtde 360	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,15	15-Valor Total - R\$ R\$ 55,08																																																												
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)																																																																					
6-CD 3	7-Data 22/08/2024	8-Hora de Inicio 13:06	9-Hora Final 13:06	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034729	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 12,05	15-Valor Total - R\$ R\$ 24,10																																																												
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID																																																																					
6-CD 3	7-Data 22/08/2024	8-Hora de Inicio 13:06	9-Hora Final 13:06	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,18																																																												
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT																																																																					
17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00										18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00										19-Total Materiais R\$ R\$ 89,47										20-Total Taxas Div. R\$ 0,00										21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00										22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00										23-Total Geral R\$ R\$ 89,47									

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



11561

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **11561**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 11561		19/08/2024		10:04						AT: 11561 US: SANDRA Idade: 7	
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 8758439			9 - Validade da Carteira 19/08/2024		10 - Nome MARILIA FRANÇA DA ROSA				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		
Dados do Solicitante													
13 - Código na Operadora 15116763000412			14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA										
15 - Nome do Profissional Solicitante MATEUS FALCÃO MULLER				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 27978		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante MATEUS FALCÃO MULLER / 27978			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 19/08/2024		23 - Indicação Clínica M255 - Dor articular									
24 - Tabela 22	25 - Código Procedimento 10101039	26 - Descrição CONSULTA (U)							27 - Qtde. Solic. 1		28 - Qtde. Aut. 1		
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 15116763000412			30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							31 - Código CNES 4115449			
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento 13		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data 19/08/2024	37 - Hora Inicial 10:05	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)			42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 92603327020		51 - Nome do Profissional MATEUS FALCÃO MULLER				52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 27978		54 - UF 43	55 - Código CBO 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 PUNHO M255 - Dor articular													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 100,00		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\$) R\$ 100,00	
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



11614

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **11614**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 11614
-----------------------------------	------------------------------------

19/08/2024

16:24

AT: 11614
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 8758540	9 - Validade da Carteira 19/08/2024	10 - Nome VINICIUS GARCIA NUNES NASCENTE	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 15116763000412	14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS HERNANDES DA COSTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 52305	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante MATHEUS HERNANDES DA COSTA / 52305
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/08/2024	23 - Indicação Clínica S626 - Fratura de outros dedos
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPÍANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	1	1
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 15116763000412	30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA	31 - Código CNES 4115449
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 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\$)
19/08/2024	16:25		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
19/08/2024	17:22		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
19/08/2024	16:33		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

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
		02564814077	MATHEUS HERNANDES DA COSTA	6	52305	43	225270

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

PACIENTE MASCULINO DE 11 ANOS, ACOMPANHADO DA MAE, REFERE TRAUMA EM 4 DEDO MAO DIREITA COM BOLA DE BASQUETE SEM OUTRAS QUEIXAS

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 199,76	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 9,79	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 206,55
--	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 4 DEDO MAO DIREITA EQUIMOSE LEVE EDEMA	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

VINICIUS GARCIA NUNES NASCENTE

AMA ADVENTISTA

11614

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

11614

3 - Codigo na Operadora

15116763000412

4 - Nome do Contratado

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis		
6-CD 3	7-Data 19/08/2024	8-Hora de Inicio 16:24	9-Hora Final 16:24	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,86			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 19/08/2024	8-Hora de Inicio 16:24	9-Hora Final 16:24	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,86			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 19/08/2024	8-Hora de Inicio 16:24	9-Hora Final 16:24	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,07			
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT												