

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



30141

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 30141

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 30141

30/04/2025 17:49

AT: 30141  
US: SANDRA  
Idade: 10

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 8758211 9 - Validade da Carteira 30/04/2025 10 - Nome ANNA JULHA BARCELLOS CABRAL DE PEREIRA 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 30/04/2025 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 - Só Honorário Só Honorário	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 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	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\$)
30/04/2025	18:16		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
30/04/2025	18:16		22	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00

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
		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  
TRAUMA TORNOZELO DIREITO  
S934 - Entorse e distensao do tornozelo - ALICE

60 - Total de Materiais (R\$) R\$ 192,00 61 - Total de OPME (R\$) R\$ 99,00 62 - Total de Medicamentos (R\$) 63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 64 - Total Geral (R\$) R\$ 291,00

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

# Guia de Outras Despesas

**ANNA JULHA BARCELLOS CABRAL DE**

**AMA ADVENTISTA**

**30141**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**30141**

**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	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	30/04/2025	17:49	17:49	19	78366453	1	0	R\$ 99,00	R\$ 99,00
16-Descrição ESTABILIZADOR DE TORNOZELO									

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\$ 99,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 99,00

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



27793

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **27793**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **27793**

**03/04/2025** **15:53**

AT: 27793  
US: SANDRA  
Idade: 17

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 **8758239** 9 - Validade da Carteira **14/03/2026** 10 - Nome **JONAS GOUVEIA BRUNO** 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 **FABRICIO JAEGER ALMEIDA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **49162** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **FABRICIO JAEGER ALMEIDA / 49162**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **03/04/2025** 23 - Indicação Clínica **S626 - Fratura de outros dedos**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30722497</b>	<b>FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - REDUÇÃO INCRUENTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 **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	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>03/04/2025</b>	<b>15:53</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>03/04/2025</b>	<b>09:41</b>		<b>22</b>	<b>30722497</b>	<b>FRATURAS DE FALANGES OU METACA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 67,00</b>	<b>R\$ 67,00</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>02556803096</b>	<b>FABRICIO JAEGER ALMEIDA</b>	<b>6</b>	<b>49162</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  
**PACIENTE RETORNA PARA REAVALICAO  
RX COM REDUCAO MANTIDA EM RELACAO AO ANTERIOR**

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

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



29107

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **29107**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **29107**

17/04/2025 14:38

AT: 29107  
US: SANDRA  
Idade: 17

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 **8758239** 9 - Validade da Carteira **14/03/2026** 10 - Nome **JONAS GOUVEIA BRUNO** 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 **FABRICIO JAEGER ALMEIDA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **49162** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **FABRICIO JAEGER ALMEIDA / 49162**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **17/04/2025** 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	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	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 **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	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\$)
17/04/2025	14:39		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
17/04/2025	11:09		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

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
		02556803096	FABRICIO JAEGER ALMEIDA	6	49162	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  
**PACIENTE VEM PARA REVISAO  
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 2 DE EM 14/03  
RX COM DESVIO MANTIDO**

59 - Valor do Procedimento **R\$ 110,50** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 49,49** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 159,99**

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



29493

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **29493**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **29493**

**24/04/2025** **15:05**

AT: 29493  
US: SANDRA  
Idade: 17

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 **8758239** 9 - Validade da Carteira **14/03/2026** 10 - Nome **JONAS GOUVEIA BRUNO** 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 **FABRICIO JAEGER ALMEIDA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **49162** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **FABRICIO JAEGER ALMEIDA / 49162**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **24/04/2025** 23 - Indicação Clínica **S626 - Fratura de outros dedos**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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\$)
<b>24/04/2025</b>	<b>15:06</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>24/04/2025</b>	<b>15:37</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 10,50</b>	<b>R\$ 10,50</b>
<b>24/04/2025</b>	<b>15:11</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 40,26</b>	<b>R\$ 40,26</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>02556803096</b>	<b>FABRICIO JAEGER ALMEIDA</b>	<b>6</b>	<b>49162</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  
**FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 2 QUIRODACTILO EM 14/03  
AINDA NAO REALIZOU FISIOTERAPIA  
SEM DESVIO ROTACIONAL**

59 - Total de Honorários (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\$ 150,70** **R\$ 49,49** **R\$ 200,25**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização **S626 - Fratura de outros dedos ALICE** 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**JONAS GOUVEIA BRUNO**

**AMA ADVENTISTA**

**29107**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

29107

**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	17/04/2025	14:38	14:38	19	70034664	1	0	R\$ 6,02	R\$ 6,02
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID									
3	17/04/2025	14:38	14:38	19	78988675	540	0	R\$ 0,06	R\$ 34,02
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	17/04/2025	14:38	14:38	19	70034680	2	0	R\$ 3,03	R\$ 6,07
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID									
3	17/04/2025	14:38	14:38	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	17/04/2025	14:38	14:38	19	79215319	4	0	R\$ 0,04	R\$ 0,14
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\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 49,49	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 49,49

# Guia de Outras Despesas

**JONAS GOUVEIA BRUNO**

**AMA ADVENTISTA**

**29493**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

29493

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000412

**4 - Nome do Contratado**

TRAUMACLINICA LTDA

**5 - Codigo CNES**

4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Mediciniais 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	24/04/2025	15:05	15:05	19	70034664	1	0	R\$ 6,02	R\$ 6,02
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID									
3	24/04/2025	15:05	15:05	19	78988675	540	0	R\$ 0,06	R\$ 34,02
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	24/04/2025	15:05	15:05	19	70034680	2	0	R\$ 3,03	R\$ 6,07
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID									
3	24/04/2025	15:05	15:05	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	24/04/2025	15:05	15:05	19	79215319	4	0	R\$ 0,04	R\$ 0,14
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Mediciniais 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\$ 49,49	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 49,49

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



28083

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **28083**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **28083**

**08/04/2025** **09:45**

AT: 28083  
US: SANDRA  
Idade: 8

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 **8758644** 9 - Validade da Carteira **08/04/2025** 10 - Nome **LAURA MARASKIN SOARES** 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 **08/04/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - frat episiolise polegar**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30101930</b>	<b>DRENAGEM</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>TALA MEMBRO SUPERIOR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5 -				
6 -				

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 **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	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>08/04/2025</b>	<b>09:46</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 25,00</b>	<b>R\$ 25,00</b>
<b>08/04/2025</b>	<b>10:33</b>		<b>22</b>	<b>30101930</b>	<b>DRENAGEM</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 131,87</b>	<b>R\$ 131,87</b>
<b>08/04/2025</b>	<b>10:33</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 25,01</b>	<b>R\$ 25,01</b>
<b>08/04/2025</b>	<b>10:33</b>		<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>TALA MEMBRO SUPERIOR</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 25,00</b>	<b>R\$ 25,00</b>

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
		<b>60949660078</b>	<b>JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA</b>	<b>6</b>	<b>28033</b>	<b>43</b>	<b>0</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  
**dor mao direita**

**0 - frat episiolise polegar DRENAGEM + SERINGA DRENAGEM + SERINGA**  
59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 206,88** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 85,13** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) **R\$ 1,04** 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 293,05**

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



28585

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **28585**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **28585**

11/04/2025 08:55

AT: 28585  
US: SANDRA  
Idade: 8

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 **8758644** 9 - Validade da Carteira **08/04/2025** 10 - Nome **LAURA MARASKIN SOARES** 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 **11/04/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - frat episiolise polegar**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 **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	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>11/04/2025</b>	<b>08:56</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>11/04/2025</b>	<b>09:34</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 10,50</b>	<b>R\$ 10,50</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>60949660078</b>	<b>JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA</b>	<b>6</b>	<b>28033</b>	<b>43</b>	<b>0</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  
**dor mao**  
**0 - frat episiolise polegar deise**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 110,50** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 7,33** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 117,83**

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



29058

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **29058**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **29058**

17/04/2025 08:28

AT: 29058  
US: SANDRA  
Idade: 8

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 **8758644** 9 - Validade da Carteira **08/04/2025** 10 - Nome **LAURA MARASKIN SOARES** 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 **MONIQUE ALVES** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **44243** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **MONIQUE ALVES / 44243**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **17/04/2025** 23 - Indicação Clínica **S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha**

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

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 **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	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>17/04/2025</b>	<b>08:29</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>

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>05278374900</b>	<b>MONIQUE ALVES</b>	<b>6</b>	<b>44243</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  
**trauma em 1/ qdd há 3 sem**  
**S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha**

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 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**LAURA MARASKIN SOARES**

**AMA ADVENTISTA**

**28083**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**28083**

**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	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	08/04/2025	09:45	09:45	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	08/04/2025	09:45	09:45	19	70034362	3	0	R\$ 5,47	R\$ 16,42
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	08/04/2025	09:45	09:45	0	00162121	3	0	R\$ 12,21	R\$ 36,64
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM									
3	08/04/2025	09:45	09:45	19	70034664	3	0	R\$ 6,02	R\$ 18,06
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID									
3	08/04/2025	09:45	09:45	19	79215319	4	0	R\$ 0,04	R\$ 0,14
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	08/04/2025	09:45	09:45	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	08/04/2025	09:45	09:45	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	08/04/2025	09:45	09:45	19	70705313	1	0	R\$ 1,67	R\$ 1,67
16-Descrição SERINGA S/AG.05ML LUER-LOK PLASTIPAK									
2	08/04/2025	09:45	09:45	20	90048601	1	0	R\$ 1,04	R\$ 1,04
16-Descrição XYLESTESIN 2% C/VASO									
3	08/04/2025	09:45	09:45	19	70849323	1	0	R\$ 1,63	R\$ 1,63
16-Descrição LUA CIRURGICA SANRO LIS C/PO ESTERIL NR.7,5(PAR)									
3	08/04/2025	09:45	09:45	0	0005800259	1	0	R\$ 2,40	R\$ 2,40
16-Descrição TALA METALICA									

# Guia de Outras Despesas

**LAURA MARASKIN SOARES**

AMA ADVENTISTA

**28083**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**28083**

**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

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 1,04	19-Total Materiais R\$ R\$ 85,13	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\$ 86,17
---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

# Guia de Outras Despesas

**LAURA MARASKIN SOARES**

**AMA ADVENTISTA**

**28585**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

28585

**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	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	11/04/2025	08:55	08:55	0	0005800259	1	0	R\$ 2,40	R\$ 2,40
16-Descrição TALA METALICA									
3	11/04/2025	08:55	08:55	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	11/04/2025	08:55	08:55	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
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\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7,33	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7,33

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



30122

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 30122

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**30122**

30/04/2025

16:39

AT: 30122  
US: SANDRA  
Idade: 11

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  
**8757381**

9 - Validade da Carteira  
**30/04/2026**

10 - Nome  
**MARINA FERREIRA GUIMARAES**

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  
**30/04/2025**

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.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30722446</b>	<b>FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPANOS - REDUCAO INCRUENTA - tala Zimmer Pequena</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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\$)
<b>30/04/2025</b>	<b>16:40</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>30/04/2025</b>	<b>17:24</b>		<b>22</b>	<b>30722446</b>	<b>FRATURAS E/OU LUXACOES DE META</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 56,50</b>	<b>R\$ 56,50</b>
<b>30/04/2025</b>	<b>16:49</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 40,26</b>	<b>R\$ 40,26</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>60949660078</b>	<b>JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA</b>	<b>6</b>	<b>28033</b>	<b>43</b>	<b>0</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
**TRAUMA MAO ESQUERDA**

**S62 - Fratura ao nível do punho e da mao**

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
**R\$ 196,76**

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)  
**R\$ 7,33**

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 204,09**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**MARINA FERREIRA GUIMARAES**

**AMA ADVENTISTA**

**30122**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

30122

**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	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	30/04/2025	16:39	16:39	0	000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									

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	30/04/2025	16:39	16:39	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
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	30/04/2025	16:39	16:39	0	0005800259	1	0	R\$ 2,40	R\$ 2,40
16-Descrição									
TALA METALICA									

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\$ 7,33	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7,33

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



30005

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 30005

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**30005**

30/04/2025

08:50

AT: 30005  
US: SANDRA  
Idade: 10

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  
**8757932**

9 - Validade da Carteira  
**30/04/2026**

10 - Nome  
**RAYSSA GALIMBERTI FARIAS**

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  
**LUCIANO URNAUER**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**25064**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**LUCIANO URNAUER / 25064**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**30/04/2025**

23 - Indicação Clínica  
**S523 - Fratura da diáfise do radio**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30721180	FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO - REDUO INCRUENT	1	1
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
22	40803104	ANTEBRACO	1	1
22	40803112	PUNHO	1	1

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\$)
30/04/2025	08:50		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
30/04/2025	09:52		22	30721180	FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO	1				R\$ 160,00	R\$ 160,00
30/04/2025	14:55		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
30/04/2025	08:58		22	40803104	ANTEBRACO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51
30/04/2025	08:58		22	40803112	PUNHO	1				R\$ 42,14	R\$ 42,14

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
		77000374004	LUCIANO URNAUER	6	25064	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
**queda ao solo, trauma em punho esquerdo  
solicito rx do punho esquerdo= fratura 1/3 distal do radio esq**

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
**R\$ 254,14**

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
**Fratura da diáfise do radio DEISE**

61 - Total de Materiais (R\$)  
**R\$ 95,13**

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 449,28**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



# Guia de Outras Despesas

**RAYSSA GALIMBERTI FARIAS**

**AMA ADVENTISTA**

**30005**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**30005**

**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	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	30/04/2025	08:50	08:50	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	30/04/2025	08:50	08:50	19	70034362	3	0	R\$ 5,47	R\$ 16,42
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	30/04/2025	08:50	08:50	0	00162121	3	0	R\$ 12,21	R\$ 36,64
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM									
3	30/04/2025	08:50	08:50	19	70034664	3	0	R\$ 6,02	R\$ 18,06
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID									
3	30/04/2025	08:50	08:50	19	79215319	14	0	R\$ 0,04	R\$ 0,56
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	30/04/2025	08:50	08:50	0	0000090212	2	0	R\$ 10,11	R\$ 20,21
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									

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\$ 95,13	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 95,13

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



27883

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 27883

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 27883

04/04/2025

14:35

AT: 27883  
US: SANDRA  
Idade: 16

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 8758417 9 - Validade da Carteira 04/04/2025 10 - Nome YASMIN DE AGUIAR SOUZA 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 GUSTAVO LUZ ALVES 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 28088 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES / 28088

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 04/04/2025 23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mão

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722497	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - 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\$)
04/04/2025	14:36		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
04/04/2025	09:43		22	30722497	FRATURAS DE FALANGES OU METACA	1				R\$ 67,00	R\$ 67,00
04/04/2025	15:23		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
		91731941072	GUSTAVO LUZ ALVES	6	28088	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 mao  
S62 - Fratura ao nível do punho e da mao

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 207,26 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 12,82 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 220,08

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



28629

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **28629**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>28629</b>	<b>11/04/2025</b>	<b>13:02</b>		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora		

AT: 28629  
US: SANDRA  
Idade: 16

8 - Número da Carteira <b>8758417</b>		9 - Validade da Carteira <b>04/04/2025</b>	10 - Nome <b>YASMIN DE AGUIAR SOUZA</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

13 - Código na Operadora <b>15116763000412</b>		14 - Nome do Contratado <b>TRAUMACLINICA LTDA</b>			
---	--	--	--	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>GUSTAVO LUZ ALVES</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número do Conselho <b>28088</b>	18 - UF <b>43</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>GUSTAVO LUZ ALVES / 28088</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>			22 - Data da Solicitação <b>11/04/2025</b>	23 - Indicação Clínica <b>S62 - Fratura ao nível do punho e da mão</b>	
---	--	--	---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

29 - Código na Operadora <b>15116763000412</b>	30 - Nome do Contratado <b>TRAUMACLINICA LTDA</b>	31 - Código CNES <b>4115449</b>
---	--	------------------------------------

32 - Tipo de Atendimento <b>13</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>2</b>	34 - Tipo de Consulta <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>11/04/2025</b>	<b>16:45</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>11/04/2025</b>	<b>16:45</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 10,50</b>	<b>R\$ 10,50</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>91731941072</b>	<b>GUSTAVO LUZ ALVES</b>			<b>6</b>	<b>28088</b>		<b>43</b>	<b>225270</b>

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

58 - Observação / Justificativa  
**dor mao**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 110,50</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) <b>R\$ 60,00</b>	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) <b>R\$ 170,50</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



29099

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **29099**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **29099**

17/04/2025 13:06

AT: 29099  
US: SANDRA  
Idade: 16

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 **8758417** 9 - Validade da Carteira **04/04/2025** 10 - Nome **YASMIN DE AGUIAR SOUZA** 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 **FABRICIO JAEGER ALMEIDA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **49162** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **FABRICIO JAEGER ALMEIDA / 49162**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **17/04/2025** 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.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

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 **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	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>17/04/2025</b>	<b>13:06</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>

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>02556803096</b>	<b>FABRICIO JAEGER ALMEIDA</b>	<b>6</b>	<b>49162</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  
**FRATURA DA BASE DE FALANGE 4 QDD  
VEM PARA REVISAO**

59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 60 - Total de Materiais (R\$) 61 - Total de OPME (R\$) 62 - Total de Medicamentos (R\$) 63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 64 - Total Geral (R\$) **R\$ 100,00**

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**YASMIN DE AGUIAR SOUZA**

**AMA ADVENTISTA**

**27883**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

27883

**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	04/04/2025	14:35	14:35	0	0005800259	1	0	R\$ 2,40	R\$ 2,40
16-Descrição TALA METALICA									
3	04/04/2025	14:35	14:35	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	04/04/2025	14:35	14:35	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	04/04/2025	14:35	14:35	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,09
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\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,82	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,82

# Guia de Outras Despesas

**YASMIN DE AGUIAR SOUZA**

**AMA ADVENTISTA**

**28629**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

**28629**

**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	11/04/2025	13:02	13:02	0	0	1	0	R\$ 60,00	R\$ 60,00
16-Descrição TALA ZIMMER MOVEI									

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\$ 60,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 60,00

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



29977

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **29977**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **29977**

**29/04/2025** **15:40**

AT: 29977  
US: SANDRA  
Idade: 15

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 **8758730** 9 - Validade da Carteira **29/04/2025** 10 - Nome **YASMIN KELLER MARQUISIO VARGAS** 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 **SAMILLY MAIA MARTINS DE ANDRADE** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **58173** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **SAMILLY MAIA MARTINS DE ANDRADE / 58173**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **29/04/2025** 23 - Indicação Clínica **S601 - Contusao de dedo(s) com lesao da unha**

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

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 **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	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>29/04/2025</b>	<b>15:41</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>

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>999999999999</b>	<b>SAMILLY MAIA MARTINS DE ANDRADE</b>	<b>6</b>	<b>58173</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  
**TRAUMA EM EXTENSAO NO POL,EGAR COM DOR A ABDUÇÃO**

**RX: SEM EVIDENCIA DE LESAO OSSEA**  
**SEM INSTABILIDADE AO EXAME**  
**R\$ 100,00**

59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 60 - Total de Materiais (R\$) 61 - Total de OPME (R\$) 62 - Total de Medicamentos (R\$) 63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 64 - Total Geral (R\$) **R\$ 100,00**

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67 - Assinatura do Contratado

**CD: ANALGESIA**  
**ORIENTAÇÕES**

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



30068

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 30068

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 30068

30/04/2025 11:59

AT: 30068  
US: SANDRA  
Idade: 12

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 8758506 9 - Validade da Carteira 30/04/2026 10 - Nome YNAE DE SOUZA CARVALHO 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 REMY FLORIANO STOLL 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 11310 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL / 11310

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 30/04/2025 23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA EPIFISIÓLISE DA BASE FALANGE MÉDIA DO 4\* QUIRODÁCTILO MÃO DIREITA.

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722497	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - 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\$)
30/04/2025	11:59		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
30/04/2025	12:49		22	30722497	FRATURAS DE FALANGES OU METACA	1				R\$ 67,00	R\$ 67,00
30/04/2025	12:15		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
		28988167015	REMY FLORIANO STOLL	6	11310	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  
ESTUDANTE. SEM COMORBIDADES e ALERGIAS. TRAUMA JOGANDO VOLEY HOJE COM TRAUMATISMO DO 4\* QUIRODÁCTILO MÃO D + EDEMA + DOR AOS MOVIMENTOS DO MESMO.  
0 - FRATURA EPIFISIÓLISE DA BASE FALANGE MÉDIA DO 4\* QUIRODÁCTILO MÃO DIREITA. TALA ZIMER + TIPOIA

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 207,26 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 7,33 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 214,59

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



# Guia de Outras Despesas

**YNAE DE SOUZA CARVALHO**

**AMA ADVENTISTA**

**30068**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

30068

**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	30/04/2025	11:59	11:59	0	0005800259	1	0	R\$ 2,40	R\$ 2,40
16-Descrição TALA METALICA									
3	30/04/2025	11:59	11:59	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	30/04/2025	11:59	11:59	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
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\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7,33	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7,33