

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



7974

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **7974**

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>7974</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

29/05/2024

14:53

AT: 7974

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<br><b>8758486</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>29/05/2024</b> | 10 - Nome<br><b>FILIPI NASCIMENTO DADDA</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                                               |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>29/05/2024</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha</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>40803120</b>          | <b>MAO OU QUIRODACTILO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                            |                   |                 |
| 4 -         |                          |                            |                   |                 |
| 5 -         |                          |                            |                   |                 |
| 6 -         |                          |                            |                   |                 |

SANDRA

SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição             | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|----------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>29/05/2024</b> | <b>14:53</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>29/05/2024</b> | <b>14:57</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

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>43145639072</b>    | <b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO</b> | <b>6</b>         | <b>16399</b>            | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                       |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                       |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                       |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

**MASC, BR, 8A; TRAUMA EM MÃO D, 2 RAO**

**DOR PALPE MOBILIZAÇÃO DO 2 MTC D - S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha**

|                                                        |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 140,26</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 140,26</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



7862

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **7862**

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>7862</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

27/05/2024

11:04

AT: 7862  
US: SANDRA  
Idade: 17

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

Dados do Beneficiário

|                                          |                                               |                                                    |                               |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>8758270</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>22/05/2024</b> | 10 - Nome<br><b>LUCAS EDUARDO CARNEIRO GOULART</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

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

|                                                                               |                                         |                                         |                      |                                  |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HERNAN GUILLERMO ORTIZ NIEVAS</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>19181</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>HERNAN GUILLERMO ORTIZ NIEVAS / 19181</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>27/05/2024</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>S826 - Fratura do maleolo lateral</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>30711029</b>          | <b>TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3 -         |                          |                                     |                   |                 |
| 4 -         |                          |                                     |                   |                 |
| 5 -         |                          |                                     |                   |                 |
| 6 -         |                          |                                     |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>13</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição                      | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>27/05/2024</b> | <b>11:04</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>27/05/2024</b> | <b>11:39</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30711029</b>          | <b>TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 21,00</b>       | <b>R\$ 21,00</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>74785672072</b>    | <b>HERNAN GUILLERMO ORTIZ NIEVAS</b> | <b>6</b>         | <b>19181</b>            | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                      |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                      |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

**Retorno com Tala gesada quebrada com posição em equino do TNZ Dto  
Com Edema ++**

**Oriento Tala gessada e repouso pe em alto e continuar com**

|                                                     |                                      |                                                    |                          |                                  |                                      |                                             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Honorários (R\$)<br><b>R\$ 121,00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 198,69</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 319,69</b> |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                            |                                                |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br><b>S826 - Fratura do maleolo lateral - ATADURA CREPE -15CM- 4 UNIDADES<br/>ATADURA GESSADA -15CM- 3 UNIDADES<br/>MALHA TUBULAR 30CM</b> | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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



8189

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **8189**

|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|--|-----------|--|-----------------|--|--------------|--|------------------------|--|------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b>                                                                                                        |  | 3 - Número da Guia<br><b>8189</b>                                       |                                                      | <b>05/06/2024</b>                                                  |                                                    | <b>13:49</b>                                |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                                  |  | 5 - Senha                                                               |                                                      | 6 - Data de Validade da Senha                                      |                                                    | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| AT: 8189<br>US: SANDRA<br>Idade: 17                                                                                                      |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                             |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 8 - Número da Carteira<br><b>8758270</b>                                                                                                 |  |                                                                         | 9 - Validade da Carteira<br><b>22/05/2024</b>        |                                                                    | 10 - Nome<br><b>LUCAS EDUARDO CARNEIRO GOULART</b> |                                             |                                            | 11 - Cartão Nacional de Saúde    |                                    | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>    |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                              |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000412</b>                                                                                        |  |                                                                         | 14 - Nome do Contratado<br><b>TRAUMACLINICA LTDA</b> |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO</b>                                                           |  |                                                                         |                                                      | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                            |                                                    | 17 - Número do Conselho<br><b>16399</b>     |                                            | 18 - UF<br><b>43</b>             |                                    | 19 - Código CBO<br><b>225270</b>     |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO / 16399</b>                                             |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                                                           |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                                                  |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>05/06/2024</b>                           |                                                      | 23 - Indicação Clínica<br><b>S826 - Fratura do maleolo lateral</b> |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                              |  | 25 - Código Procedimento                                                |                                                      | 26 - Descrição                                                     |                                                    |                                             |                                            |                                  | 27 - Qtde. Solic.                  |                                      | 28 - Qtde. Aut. |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>22</b>                                                                                                                                |  | <b>30712025</b>                                                         |                                                      | <b>BOTA C/ OU S/ SALTO</b>                                         |                                                    |                                             |                                            |                                  | <b>1</b>                           |                                      | <b>1</b>        |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>22</b>                                                                                                                                |  | <b>10101039</b>                                                         |                                                      | <b>CONSULTA (U)</b>                                                |                                                    |                                             |                                            |                                  | <b>1</b>                           |                                      | <b>1</b>        |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>22</b>                                                                                                                                |  | <b>40804089</b>                                                         |                                                      | <b>TORNOZELO</b>                                                   |                                                    |                                             |                                            |                                  | <b>1</b>                           |                                      | <b>1</b>        |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 4 -                                                                                                                                      |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 5 -                                                                                                                                      |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 6 -                                                                                                                                      |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                                                    |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000412</b>                                                                                        |  |                                                                         |                                                      | 30 - Nome do Contratado<br><b>TRAUMACLINICA LTDA</b>               |                                                    |                                             |                                            |                                  | 31 - Código CNES<br><b>4115449</b> |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                              |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b>                                                                                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> |                                                      |                                                                    | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b>                  |                                             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                                                             |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 36 - Data                                                                                                                                |  | 37 - Hora Inicial                                                       |                                                      | 38 - Hora Final                                                    |                                                    | 39 - Tabela                                 |                                            | 40 - Código Procedimento         |                                    | 41 - Descrição                       |                 | 42 - Qtde                                   |  | 43 - Via  |  | 44 - Tec.       |  | 45 - Red/Acr |  | 46 - Valor Unit. (R\$) |  | 47 - Valor Total (R\$) |  |
| <b>05/06/2024</b>                                                                                                                        |  | <b>15:25</b>                                                            |                                                      |                                                                    |                                                    | <b>22</b>                                   |                                            | <b>30712025</b>                  |                                    | <b>BOTA C/ OU S/ SALTO</b>           |                 | <b>1</b>                                    |  |           |  |                 |  |              |  | <b>R\$ 200,00</b>      |  | <b>R\$ 200,00</b>      |  |
| <b>05/06/2024</b>                                                                                                                        |  | <b>15:13</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>05/06/2024</b>                                                                                                                        |  | <b>14:16</b>                                                            |                                                      |                                                                    |                                                    | <b>22</b>                                   |                                            | <b>40804089</b>                  |                                    | <b>TORNOZELO</b>                     |                 | <b>1</b>                                    |  |           |  |                 |  |              |  | <b>R\$ 40,26</b>       |  | <b>R\$ 40,26</b>       |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                                                |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                                                            |  | 49 - Grau Part.                                                         |                                                      | 50 - Código Operadora                                              |                                                    | 51 - Nome do Profissional                   |                                            |                                  |                                    | 52 - Cons. Prof.                     |                 | 53 - Número do Conselho                     |  | 54 - UF   |  | 55 - Código CBO |  |              |  |                        |  |                        |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      | <b>43145639072</b>                                                 |                                                    | <b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO</b>       |                                            |                                  |                                    | <b>6</b>                             |                 | <b>16399</b>                                |  | <b>43</b> |  | <b>225270</b>   |  |              |  |                        |  |                        |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série    57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                      |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 1 - ____/____/____                                                                                                                       |  | 3 - ____/____/____                                                      |                                                      | 5 - ____/____/____                                                 |                                                    | 7 - ____/____/____                          |                                            | 9 - ____/____/____               |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 2 - ____/____/____                                                                                                                       |  | 4 - ____/____/____                                                      |                                                      | 6 - ____/____/____                                                 |                                                    | 8 - ____/____/____                          |                                            | 10 - ____/____/____              |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 58 - Observação / Justificativa<br><b>trauma tnz D há 2 sem</b><br><br><b>boa mobilidade nos dedos S826 - Fratura do maleolo lateral</b> |  |                                                                         |                                                      |                                                                    |                                                    |                                             |                                            |                                  |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 340,26</b>                                                                                   |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                    |                                                      | 61 - Total de Materiais (R\$)                                      |                                                    | 62 - Total de OPME (R\$)                    |                                            | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |                                    | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) |                 | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 340,26</b> |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                          |  |                                                                         |                                                      | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                     |                                                    |                                             |                                            | 68 - Assinatura do Contratado    |                                    |                                      |                 |                                             |  |           |  |                 |  |              |  |                        |  |                        |  |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Guia de Outras Despesas

LUCAS EDUARDO CARNEIRO GOULART

AMA ADVENTISTA

7862

1 - Registro Ans  
999999  
2 - N° Guia Referencia  
7862  
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<br>3                                                | 7-Data<br>27/05/2024 | 8-Hora de Inicio<br>11:04 | 9-Hora Final<br>11:04 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70034729   | 12-Qtde<br>3        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,05 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 36,15 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID     |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>27/05/2024 | 8-Hora de Inicio<br>11:04 | 9-Hora Final<br>11:04 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>0000313151 | 12-Qtde<br>540      | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,15  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 82,62 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>27/05/2024 | 8-Hora de Inicio<br>11:04 | 9-Hora Final<br>11:04 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>00162125   | 12-Qtde<br>2        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 30,98 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 61,96 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 20 CM              |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>27/05/2024 | 8-Hora de Inicio<br>11:04 | 9-Hora Final<br>11:04 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>00162124   | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 17,78 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 17,78 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM              |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>27/05/2024 | 8-Hora de Inicio<br>11:04 | 9-Hora Final<br>11:04 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>79215319   | 12-Qtde<br>5        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,04  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,18  |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>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\$ 198,69             |                                 | R\$ 0,00            |                       | R\$ 0,00                             |                                   | R\$ 0,00                                                                                 |  | R\$ 198,69         |

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



8831

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **8831**

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>8831</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

21/06/2024

12:21

|                         |
|-------------------------|
| 4 - Data da Autorização |
|-------------------------|

|           |
|-----------|
| 5 - Senha |
|-----------|

|                               |
|-------------------------------|
| 6 - Data de Validade da Senha |
|-------------------------------|

|                                             |
|---------------------------------------------|
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---------------------------------------------|

AT: 8831  
US: SANDRA  
Idade: 15

Dados do Beneficiário

|                                          |                                               |                                              |                               |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>8758430</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>21/06/2024</b> | 10 - Nome<br><b>LUCAS RAFAEL PAULA PIRES</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

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

|                                                                             |                                         |                                         |                      |                                  |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>37373</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK / 37373</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>21/06/2024</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>M796 - Dor em membro</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>30721180</b>          | <b>FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO - REDUO INCRUENT</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| <b>22</b>   | <b>40803112</b>          | <b>PUNHO</b>                                          | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4 -         |                          |                                                       |                   |                 |
| 5 -         |                          |                                                       |                   |                 |
| 6 -         |                          |                                                       |                   |                 |

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição                       | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>21/06/2024</b> | <b>12:21</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>21/06/2024</b> | <b>14:15</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>30721180</b>          | <b>FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 160,00</b>      | <b>R\$ 160,00</b>      |
| <b>21/06/2024</b> | <b>17:21</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>40803112</b>          | <b>PUNHO</b>                         | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 42,14</b>       | <b>R\$ 42,14</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>01773010077</b>    | <b>FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK</b> | <b>6</b>         | <b>37373</b>            | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

|            |
|------------|
| <b>DOR</b> |
|------------|

|                                                        |                                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>M796 - Dor em membro</b>                            |                                      |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 302,14</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 80,08</b>      | 62 - Total de OPME (R\$)             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                       | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) |
| 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 382,22</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



9298

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **9298**

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>9298</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

28/06/2024

14:34

AT: 9298  
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<br><b>8758430</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>21/06/2024</b> | 10 - Nome<br><b>LUCAS RAFAEL PAULA PIRES</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

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

|                                                                             |                                         |                                         |                      |                                  |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número do Conselho<br><b>37373</b> | 18 - UF<br><b>43</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK / 37373</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>28/06/2024</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>M796 - Dor em membro</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>        |
| 2 -         |                          |                     |                   |                 |
| 3 -         |                          |                     |                   |                 |
| 4 -         |                          |                     |                   |                 |
| 5 -         |                          |                     |                   |                 |
| 6 -         |                          |                     |                   |                 |

SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>13</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição      | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|---------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>28/06/2024</b> | <b>14:34</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>01773010077</b>    | <b>FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK</b> | <b>6</b>         | <b>37373</b>            | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                    |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

RETORNO REVISAO

BEM, LEVE DESCONFORTO LOCAL

|                                                        |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 100,00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 100,00</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                                      |                                                |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br><b>CONSULTA ORIENTO ANALGESIA</b> | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

Guia de Outras Despesas

LUCAS RAFAEL PAULA PIRES

AMA ADVENTISTA

8831

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia  
999999 8831  
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<br>3                                                | 7-Data<br>21/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>12:21 | 9-Hora Final<br>12:21 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70852600 | 12-Qtde<br>180      | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,02  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 3,24  |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)  |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>21/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>12:21 | 9-Hora Final<br>12:21 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70034680 | 12-Qtde<br>3        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 3,03  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 9,10  |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID     |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>21/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>12:21 | 9-Hora Final<br>12:21 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>78988675 | 12-Qtde<br>540      | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,06  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 34,02 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>21/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>12:21 | 9-Hora Final<br>12:21 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>00162122 | 12-Qtde<br>2        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 10,68 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 21,37 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM              |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>21/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>12:21 | 9-Hora Final<br>12:21 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>00162121 | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 12,21 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 12,21 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM              |                      |                           |                       |                        |                               |                     |                       |                                      |                                   |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>21/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>12:21 | 9-Hora Final<br>12:21 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>79215319 | 12-Qtde<br>4        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitário - R\$<br>R\$ 0,04  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,14  |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>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\$ 80,08              |                               | R\$ 0,00            |                       | R\$ 0,00                             |                                   | R\$ 0,00                                                                                 |  | R\$ 80,08          |

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



8440

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **8440**

|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b>                                                                       |  | 3 - Número da Guia<br><b>8440</b>                                       |  | 12/06/2024                                                               |  | 13:02                                         |  |                                            |  |                                      |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                 |  | 5 - Senha                                                               |  | 6 - Data de Validade da Senha                                            |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora   |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                            |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 8 - Número da Carteira<br><b>8757919</b>                                                                |  |                                                                         |  | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/06/2024</b>                            |  | 10 - Nome<br><b>MANUELA MARCONDES MACHADO</b> |  |                                            |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde        |  |
| 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                                                       |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                             |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000412</b>                                                       |  |                                                                         |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>TRAUMACLINICA LTDA</b>                     |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO</b>                          |  |                                                                         |  | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                  |  | 17 - Número do Conselho<br><b>16399</b>       |  | 18 - UF<br><b>43</b>                       |  | 19 - Código CBO<br><b>225270</b>     |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO / 16399</b>            |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                          |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>12/06/2024</b>                           |  | 23 - Indicação Clínica<br><b>S934 - Entorse e distensao do tornozelo</b> |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 24 - Tabela                                                                                             |  | 25 - Código Procedimento                                                |  | 26 - Descrição                                                           |  |                                               |  |                                            |  | 27 - Qtde. Solic.                    |  |
| 22                                                                                                      |  | 10101039                                                                |  | CONSULTA (U)                                                             |  |                                               |  |                                            |  | 1                                    |  |
| 22                                                                                                      |  | 30728134                                                                |  | LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -                       |  |                                               |  |                                            |  | 1                                    |  |
| 22                                                                                                      |  | 40804097                                                                |  | PE OU PODODACTILO                                                        |  |                                               |  |                                            |  | 1                                    |  |
| 22                                                                                                      |  | 40804089                                                                |  | TORNOZELO                                                                |  |                                               |  |                                            |  | 1                                    |  |
| 5 -                                                                                                     |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 6 -                                                                                                     |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                   |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000412</b>                                                       |  |                                                                         |  | 30 - Nome do Contratado<br><b>TRAUMACLINICA LTDA</b>                     |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 31 - Código CNES<br><b>4115449</b>                                                                      |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                             |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>05</b>                                                                   |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> |  |                                                                          |  | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b>             |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |                                      |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                            |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 36 - Data                                                                                               |  | 37 - Hora Inicial                                                       |  | 38 - Hora Final                                                          |  | 39 - Tabela                                   |  | 40 - Código Procedimento                   |  | 41 - Descrição                       |  |
| 12/06/2024                                                                                              |  | 14:33                                                                   |  |                                                                          |  | 22                                            |  | 10101039                                   |  | CONSULTA (U)                         |  |
| 12/06/2024                                                                                              |  | 15:27                                                                   |  |                                                                          |  | 22                                            |  | 30728134                                   |  | LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO        |  |
| 12/06/2024                                                                                              |  | 13:23                                                                   |  |                                                                          |  | 22                                            |  | 40804097                                   |  | PE OU PODODACTILO                    |  |
| 12/06/2024                                                                                              |  | 13:23                                                                   |  |                                                                          |  | 22                                            |  | 40804089                                   |  | TORNOZELO                            |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                               |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                           |  | 49 - Grau Part.                                                         |  | 50 - Código Operadora                                                    |  | 51 - Nome do Profissional                     |  |                                            |  | 52 - Cons. Prof.                     |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  | 43145639072                                                              |  | ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO                |  |                                            |  | 6                                    |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  | 53 - Número do Conselho              |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  | 16399                                |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  | 54 - UF                              |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  | 43                                   |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  | 55 - Código CBO                      |  |
|                                                                                                         |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  | 225270                               |  |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 1 - ____/____/____                                                                                      |  | 3 - ____/____/____                                                      |  | 5 - ____/____/____                                                       |  | 7 - ____/____/____                            |  | 9 - ____/____/____                         |  | 10 - ____/____/____                  |  |
| 2 - ____/____/____                                                                                      |  | 4 - ____/____/____                                                      |  | 6 - ____/____/____                                                       |  | 8 - ____/____/____                            |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b><br><b>TRAUMA EM TNZ D</b>                                        |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| <b>EDEMA E DOR EM MALEOLO LATERAL S934 - Entorse e distensao do tornozelo</b>                           |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 273,77</b>                                                  |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                    |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 402,45</b>                       |  | 62 - Total de OPME (R\$)                      |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)           |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 676,22</b>                                                             |  |                                                                         |  |                                                                          |  |                                               |  |                                            |  |                                      |  |
| 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



8715

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **8715**

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b> | 3 - Número da Guia<br><b>8715</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

19/06/2024

13:45

AT: 8715  
US: SANDRA  
Idade: 17

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

Dados do Beneficiário

|                                          |                                               |                                               |                               |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>8757919</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/06/2024</b> | 10 - Nome<br><b>MANUELA MARCONDES MACHADO</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                                         |                                               |                                                                          |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>19/06/2024</b> | 23 - Indicação Clínica<br><b>S934 - Entorse e distensao do tornozelo</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>        |
| 2 -         |                          |                     |                   |                 |
| 3 -         |                          |                     |                   |                 |
| 4 -         |                          |                     |                   |                 |
| 5 -         |                          |                     |                   |                 |
| 6 -         |                          |                     |                   |                 |

SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

|                                       |                                                                         |                                   |                                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>13</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data         | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código Procedimento | 41 - Descrição      | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|---------------------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------------|------------------------|
| <b>19/06/2024</b> | <b>13:45</b>      |                 | <b>22</b>   | <b>10101039</b>          | <b>CONSULTA (U)</b> | <b>1</b>  |          |           |              | <b>R\$ 100,00</b>      | <b>R\$ 100,00</b>      |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |
|                   |                   |                 |             |                          |                     |           |          |           |              |                        |                        |

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>43145639072</b>    | <b>ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO</b> | <b>6</b>         | <b>16399</b>            | <b>43</b> | <b>225270</b>   |
|               |                 |                       |                                       |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                       |                  |                         |           |                 |
|               |                 |                       |                                       |                  |                         |           |                 |

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

58 - Observação / Justificativa

ENTORSE EM TNZ D

EDEMA MALEOLO LATERAL - S934 - Entorse e distensao do tornozelo

|                                                        |                                      |                                                    |                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 100,00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>R\$ 120,00</b> | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 220,00</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

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

Guia de Outras Despesas

MANUELA MARCONDES MACHADO

AMA ADVENTISTA

8440

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia  
999999 8440  
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<br>3                                                | 7-Data<br>12/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>13:02 | 9-Hora Final<br>13:02 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>00162125   | 12-Qtde<br>4        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 30,98  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 123,91 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA GESSADA CYSNE 20 CM              |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                       |                                    |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>12/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>13:02 | 9-Hora Final<br>13:02 | 10-Tabela<br>0         | 11-Código do Item<br>0000313151 | 12-Qtde<br>720      | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 0,15   | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 110,16 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                       |                                    |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>12/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>13:02 | 9-Hora Final<br>13:02 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>70034729   | 12-Qtde<br>4        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 12,05  | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 48,20  |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID     |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                       |                                    |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>12/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>13:02 | 9-Hora Final<br>13:02 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>79215319   | 12-Qtde<br>5        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 0,04   | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 0,18   |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT            |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                       |                                    |                                                                                          |  |                    |
| 6-CD<br>3                                                | 7-Data<br>12/06/2024 | 8-Hora de Inicio<br>13:02 | 9-Hora Final<br>13:02 | 10-Tabela<br>19        | 11-Código do Item<br>78396492   | 12-Qtde<br>1        | 13-%Red.?Acresc.<br>0 | 14-Valor Unitátio - R\$<br>R\$ 120,00 | 15-Valor Total - R\$<br>R\$ 120,00 |                                                                                          |  |                    |
| 16-Descrição<br>MULETAS                                  |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                       |                                    |                                                                                          |  |                    |
|                                                          |                      |                           |                       |                        |                                 |                     |                       |                                       |                                    |                                                                                          |  |                    |
| 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\$ 402,45             |                                 | R\$ 0,00            |                       | R\$ 0,00                              |                                    | R\$ 0,00                                                                                 |  | R\$ 402,45         |

Guia de Outras Despesas

MANUELA MARCONDES MACHADO

AMA ADVENTISTA

8715

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

8715

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                             | 19/06/2024 | 13:45                                                                                    | 13:45        | 19        | 78366453          | 1       | 0                | R\$ 120,00              | R\$ 120,00           |  |
| 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\$ 120,00             | R\$ 0,00            | R\$ 0,00             | R\$ 0,00              | R\$ 120,00         |

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



7871

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **7871**

|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>999999</b>                                                                         |  | 3 - Número da Guia<br><b>7871</b>                                       |  | 27/05/2024                                                   |  | 15:40                                              |  |                                             |  |                                             |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                   |  | 5 - Senha                                                               |  | 6 - Data de Validade da Senha                                |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora        |  |                                             |  |                                             |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                              |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 8 - Número da Carteira<br><b>8757356</b>                                                                  |  |                                                                         |  | 9 - Validade da Carteira<br><b>27/05/2024</b>                |  | 10 - Nome<br><b>MATHEUS XAVIER DE BEM</b>          |  |                                             |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde               |  |
| 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                                                         |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                               |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 13 - Código na Operadora<br><b>15116763000412</b>                                                         |  |                                                                         |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>TRAUMACLINICA LTDA</b>         |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>PABLO PY LESSA</b>                                            |  |                                                                         |  | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                      |  | 17 - Número do Conselho<br><b>29083</b>            |  | 18 - UF<br><b>43</b>                        |  | 19 - Código CBO<br><b>225270</b>            |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>PABLO PY LESSA / 29083</b>                              |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                            |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                   |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>27/05/2024</b>                           |  | 23 - Indicação Clínica<br><b>S500 - Contusao do cotovelo</b> |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 24 - Tabela<br><b>22</b>                                                                                  |  | 25 - Código Procedimento<br><b>10101039</b>                             |  | 26 - Descrição<br><b>CONSULTA (U)</b>                        |  |                                                    |  |                                             |  | 27 - Qtde. Solic.<br><b>1</b>               |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 28 - Qtde. Aut.<br><b>1</b>                 |  |
| 2 -                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 3 -                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 4 -                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 5 -                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 6 -                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                     |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 29 - Código na Operadora<br><b>15116763000412</b>                                                         |  |                                                                         |  | 30 - Nome do Contratado<br><b>TRAUMACLINICA LTDA</b>         |  |                                                    |  |                                             |  | 31 - Código CNES<br><b>4115449</b>          |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                               |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br><b>13</b>                                                                     |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>2</b> |  | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b>                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento         |  |                                             |  |                                             |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                              |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 36 - Data<br><b>27/05/2024</b>                                                                            |  | 37 - Hora Inicial<br><b>15:40</b>                                       |  | 38 - Hora Final                                              |  | 39 - Tabela<br><b>22</b>                           |  | 40 - Código Procedimento<br><b>10101039</b> |  | 41 - Descrição<br><b>CONSULTA (U)</b>       |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 42 - Qtde<br><b>1</b>                       |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 43 - Via                                    |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 44 - Tec.                                   |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 45 - Red/Acr                                |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 46 - Valor Unit. (R\$)<br><b>R\$ 100,00</b> |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 47 - Valor Total (R\$)<br><b>R\$ 100,00</b> |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                 |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                             |  | 49 - Grau Part.                                                         |  | 50 - Código Operadora<br><b>94017522068</b>                  |  | 51 - Nome do Profissional<br><b>PABLO PY LESSA</b> |  |                                             |  | 52 - Cons. Prof.<br><b>6</b>                |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 53 - Número do Conselho<br><b>29083</b>     |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 54 - UF<br><b>43</b>                        |  |
|                                                                                                           |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  | 55 - Código CBO<br><b>225270</b>            |  |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>   |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 1 - ____/____/____                                                                                        |  | 3 - ____/____/____                                                      |  | 5 - ____/____/____                                           |  | 7 - ____/____/____                                 |  | 9 - ____/____/____                          |  |                                             |  |
| 2 - ____/____/____                                                                                        |  | 4 - ____/____/____                                                      |  | 6 - ____/____/____                                           |  | 8 - ____/____/____                                 |  | 10 - ____/____/____                         |  |                                             |  |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b><br><b>TRAUMA EM COTOVELO DIREITO.</b><br><br><b>SEM DOR LOCAL.</b> |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>R\$ 0,00</b>                                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                    |  | 61 - Total de Materiais (R\$)                                |  | 62 - Total de OPME (R\$)                           |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)            |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)        |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br><b>R\$ 100,00</b>                                                               |  |                                                                         |  |                                                              |  |                                                    |  |                                             |  |                                             |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br><b>S500 - Contusao do cotovelo</b>                     |  |                                                                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  |                                                    |  | 68 - Assinatura do Contratado               |  |                                             |  |

SANDRA

SANDRA