

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



348958

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **348958**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **348958**

06/11/2024 14:19

AT: 348958  
US: SANDRA  
Idade: 14

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **9403414** 9 - Validade da Carteira **06/11/2024** 10 - Nome **CHARLES JUNIOR GONCALVES FLORES** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **94831252000106** 14 - Nome do Contratado **SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **JOAO MARCOS SKONIESKI** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **13466** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **06/11/2024** 23 - Indicação Clínica **0 - FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO QUINTO DEDO MÃO DIR**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>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 **94831252000106** 30 - Nome do Contratado **SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA** 31 - Código CNES **2231530**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **23** 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) **9** 34 - Tipo de Consulta **1** 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>06/11/2024</b>	<b>14:19</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 70,00</b>	<b>R\$ 70,00</b>
<b>06/11/2024</b>	<b>14:36</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 37,51</b>	<b>R\$ 37,51</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>29085322049</b>	<b>JOAO MARCOS SKONIESKI</b>	<b>6</b>	<b>13466</b>	<b>43</b>	<b>0</b>

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

58 - Observação / Justificativa  
**POR BATIDA**

**0 - FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO QUINTO DEDO MÃO DIR**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 107,51** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 107,51**

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



349793

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 349793

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 349793

14/11/2024 12:46

AT: 349793  
US: SANDRA  
Idade: 7

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9404677 9 - Validade da Carteira 14/11/2024 10 - Nome ENTONY GABRIEL SOARES BORGES 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 94831252000106 14 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 28033 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 14/11/2024 23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA EPISIOLISE 5 QDE

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA	1	1
22	30722420	FRATURAS E/OU LUX DE FAL(INTERFALANG)TTO NAO-CIRUR - tala Zimmer Pequena	1	1
22	30722764	ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO - REDUÇO INCRUENTA - Só Honorário Só Honorário	1	1
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 94831252000106 30 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA 31 - Código CNES 2231530

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
14/11/2024	12:46		22	10101039	CONSULTA	1				R\$ 70,00	R\$ 70,00
14/11/2024	12:59		22	30722420	FRATURAS E/OU LUX DE FAL(INTER	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
14/11/2024	12:59		22	30722764	ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR D	1				R\$ 31,50	R\$ 31,50
14/11/2024	12:52		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 37,51	R\$ 37,51

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		60949660078	JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA	6	28033	43	0

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

58 - Observação / Justificativa  
TRAUMA MAO ESQ  
0 - FRATURA EPISIOLISE 5 QDE

ROPTA AP EXTENSORES QDE PACIENTE CONSULTOU PUNO DIA 14/11/2024 PORÉM ESTAVAM SEM INTERNET NO DIA. AUTORIZAÇÃO R\$ 5,40  
41 - PORÉM ESTAVAM SEM INTERNET NO DIA. AUTORIZAÇÃO R\$ 0,09  
54 - Nº da Autorização 18/11/2024. PACIENTE CONSULTOU PUNO DIA 14/11/2024 PORÉM ESTAVAM SEM INTERNET NO DIA. AUTORIZAÇÃO R\$ 227,00

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

# Guia de Outras Despesas

**ENTONY GABRIEL SOARES BORGES**

**ESCOLAS ADVENTISTAS**

**349793**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

349793

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

94831252000106

SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

**5 - Codigo CNES**

2231530

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	14/11/2024	12:46	12:46	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPON 06 CM									
4	14/11/2024	12:46	12:46	18	60023236	1	0	R\$ 16,00	R\$ 16,00
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
4	14/11/2024	12:46	12:46	18	60033550	1	0	R\$ 10,00	R\$ 10,00
16-Descrição TX. SALA/SESSÃO SALA PROCEDIMENTO AMBULATORIAL									
3	14/11/2024	12:46	12:46	19	70799172	20	0	R\$ 0,11	R\$ 2,16
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
2	14/11/2024	12:46	12:46	0	0000056317	10	0	R\$ 0,01	R\$ 0,09
16-Descrição TINTURA DE BENJOIM									

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\$ 0,09	R\$ 5,40	R\$ 26,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 31,49

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



350965

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **350965**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **350965**

28/11/2024 17:04

AT: 350965  
US: SANDRA  
Idade: 12

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **9403182** 9 - Validade da Carteira **28/11/2024** 10 - Nome **LUIZA MOREIRA SPANHOLI** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **94831252000106** 14 - Nome do Contratado **SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA**

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **28/11/2024** 23 - Indicação Clínica **S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA</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 **94831252000106** 30 - Nome do Contratado **SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA** 31 - Código CNES **2231530**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **23** 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) **9** 34 - Tipo de Consulta **1** 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>28/11/2024</b>	<b>17:05</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 70,00</b>	<b>R\$ 70,00</b>
<b>28/11/2024</b>	<b>17:09</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 37,51</b>	<b>R\$ 37,51</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>96089075000</b>	<b>AUGUSTO MEDAGLIA</b>	<b>6</b>	<b>28087</b>	<b>43</b>	<b>0</b>

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

58 - Observação / Justificativa

**CONTUSÃO 5 QDD**

**S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 107,51</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\$) <b>R\$ 107,51</b>
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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