

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



13090

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 13090

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**13090**

13/09/2024

10:32

AT: 13090  
US: SANDRA  
Idade: 15

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
**8757538**

9 - Validade da Carteira  
**02/08/2024**

10 - Nome  
**ANA JULIA FERRAZ IGNACIO**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
**N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
**15116763000412**

14 - Nome do Contratado  
**TRAUMACLINICA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante  
**RUY MARANHÃO**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**37941**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**RUY MARANHÃO / 37941**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**13/09/2024**

23 - Indicação Clínica  
**M255 - Dor articular**

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  
**15116763000412**

30 - Nome do Contratado  
**TRAUMACLINICA LTDA**

31 - Código CNES  
**4115449**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
**23**

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
**2**

34 - Tipo de Consulta  
**1**

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>13/09/2024</b>	<b>10:32</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>13/09/2024</b>	<b>11:18</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>84659521320</b>	<b>RUY MARANHÃO</b>	<b>6</b>	<b>37941</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

**CIA DO PAI**  
**CONTUSAO DO 5º QDE 02/08/24-VOLEI**  
**FT BASE FALANGE MEDIA VISTO SOMENTE PERFIL**  
**SEM EDEMA; SEM HEMATOMA VOLAR NA FFS DO R. DEVE APALP E PLEXAO FINAL DE IFF**

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 140,26**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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



12601

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 12601

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**12601**

05/09/2024

09:39

AT: 12601  
US: SANDRA  
Idade: 9

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  
**8758028**

9 - Validade da Carteira  
**27/08/2024**

10 - Nome  
**ARTHUR DANESI DOS SANTOS CEZAR**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
**N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
**15116763000412**

14 - Nome do Contratado  
**TRAUMACLINICA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante  
**PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**46780**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA / 46780**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**05/09/2024**

23 - Indicação Clínica  
**S820 - Fratura da rotula [patela]**

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

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
**15116763000412**

30 - Nome do Contratado  
**TRAUMACLINICA LTDA**

31 - Código CNES  
**4115449**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
**13**

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
**2**

34 - Tipo de Consulta  
**1**

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>05/09/2024</b>	<b>09:39</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>08147006918</b>	<b>PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA</b>	<b>6</b>	<b>46780</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa  
**PACIENTE RETORNA PARA REVISÃO - 2 SEMANAS DE TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO. REFERE QUE HÁ 1 SEMANA ESTÁ ASSINTOMÁTICO. MÃE REFERE QUE FILHO ESTÁ CORRENDO COM O BRACE. SEM OUTRAS QUEIXAS**

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 100,00**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
**SEM DOR À PALPAÇÃO DO POLO INFERIOR DA PATELA MEC EXTENSOR FUNCIONANTE ADM AMPLA E LIVRE A MOBILIZAÇÃO PASSIVA**

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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



13021

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 13021

1 - Registro ANS  
999999

3 - Número da Guia  
13021

12/09/2024 09:52

AT: 13021  
US: SANDRA  
Idade: 13

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
8757223

9 - Validade da Carteira  
12/09/2024

10 - Nome  
EMANUELLY CAMARGO VARGAS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
15116763000412

14 - Nome do Contratado  
TRAUMACLINICA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante  
PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número do Conselho  
46780

18 - UF  
43

19 - Código CBO  
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA / 46780

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
12/09/2024

23 - Indicação Clínica  
S626 - Fratura de outros dedos

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPianos - REDUCAO INCRUENTA	1	1
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
22	40803112	PUNHO	1	1
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
15116763000412

30 - Nome do Contratado  
TRAUMACLINICA LTDA

31 - Código CNES  
4115449

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
23

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
2

34 - Tipo de Consulta  
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
12/09/2024	09:52		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
12/09/2024	11:04		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
12/09/2024	09:56		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26
12/09/2024	09:56		22	40803112	PUNHO	1				R\$ 42,14	R\$ 42,14

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
		08147006918	PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA	6	46780	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
DOR NA MÃO ESQUERDA APOS TRAUMA CONTRA BOLA DE BASQUETE ONTEM.  
TRAUMA DIRETO SOBRE 4 DEDO DA MÃO ESQUERDA EM EXTENSÃO.  
FOI IMOBILIZADA COM TALA ZIMER IMPROVISADA PELO PAI.

59 - Total de Honorários (R\$)  
R\$ 238,90

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)  
R\$ 10,42

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
R\$ 249,32

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
EQUIMOSE NA BASE DO 4 DEDO ESQ  
NV PRESERVADA

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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



13414

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 13414

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 13414	19/09/2024	08:06		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora		

AT: 13414  
US: SANDRA  
Idade: 13

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira 8757223	9 - Validade da Carteira 12/09/2024	10 - Nome EMANUELLY CAMARGO VARGAS	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

**Dados do Solicitante**

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

15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO GENTILINI GERVINI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 44548	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO GENTILINI GERVINI / 44548
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/09/2024	23 - Indicação Clínica S626 - Fratura de outros dedos
----------------------------------	--	--

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

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

**Dados do Contratado Executante**

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

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	--	----------------------------	--

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
19/09/2024	08:06		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
19/09/2024	10:27		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
19/09/2024	08:22		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		03105321080	GUSTAVO GENTILINI GERVINI	6	44548	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa

TRAUMA DE 4QDE HÁ 8 DIAS  
EM USO DE ZIMMER  
RX SEM SINAIS DE LESAO OSSEA AGUDA

59 - Total de Honorários (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 10,42	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 161,18
--------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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

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



13718

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 13718

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 13718

26/09/2024 07:47

AT: 13718  
US: SANDRA  
Idade: 13

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8757223 9 - Validade da Carteira 12/09/2024 10 - Nome EMANUELLY CAMARGO VARGAS 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO GENTILINI GERVINI 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 44548 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO GENTILINI GERVINI / 44548

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 26/09/2024 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.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
26/09/2024	07:47		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

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
		03105321080	GUSTAVO GENTILINI GERVINI	6	44548	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa  
LESAO LIGAMENTAR AO NIVEL DE IFP  
15 DIAS DE EVOLUÇÃO]  
EM USO DE BT

59 - Total de Honorários (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 100,00

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

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

# Guia de Outras Despesas

**EMANUELLY CAMARGO VARGAS**

**AMA ADVENTISTA**

**13021**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

13021

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

**5 - Codigo CNES**

4115449

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	12/09/2024	09:52	09:52	0	000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	12/09/2024	09:52	09:52	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	12/09/2024	09:52	09:52	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,09
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 10,42	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 10,42

# Guia de Outras Despesas

**EMANUELLY CAMARGO VARGAS**

**AMA ADVENTISTA**

**13414**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

13414

**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	19/09/2024	08:06	08:06	0	000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	19/09/2024	08:06	08:06	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	19/09/2024	08:06	08:06	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,09
16-Descrição									
ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 10,42	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 10,42

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



12614

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 12614

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**12614**

**05/09/2024**      **10:16**

AT: 12614  
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  
**8758074**

9 - Validade da Carteira  
**27/08/2024**

10 - Nome  
**JULIA BECKER KLEESTADT**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
**N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
**15116763000412**

14 - Nome do Contratado  
**TRAUMACLINICA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante  
**PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**46780**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA / 46780**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**05/09/2024**

23 - Indicação Clínica  
**S934 - Entorse e distensao do tornozelo**

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

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
**15116763000412**

30 - Nome do Contratado  
**TRAUMACLINICA LTDA**

31 - Código CNES  
**4115449**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
**13**

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
**2**

34 - Tipo de Consulta  
**1**

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>05/09/2024</b>	<b>10:17</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>05/09/2024</b>	<b>11:04</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 10,50</b>	<b>R\$ 10,50</b>

SANDRA  
SANDRA

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
**PACIENTE RETORNA PARA REVISÃO DE ENTORSE DE TNZ D  
REFERE MELHORA IMPORTANTE COM USO DO ROBOFOOT  
SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO**

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)  
**R\$ 47,93**

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 158,43**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
**DISCRETA EQUIMOSE NO PÉ D, REGIAO DORSAL DO MADIOPE**

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**JULIA BECKER KLEEESTADT**

**AMA ADVENTISTA**

**12614**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

12614

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

**5 - Codigo CNES**

4115449

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	05/09/2024	10:16	10:16	0	0000313151	180	0	R\$ 0,15	R\$ 27,54
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	05/09/2024	10:16	10:16	0	0000090212	2	0	R\$ 10,11	R\$ 20,21
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	05/09/2024	10:16	10:16	19	79215319	5	0	R\$ 0,04	R\$ 0,18
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 47,93	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 47,93

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



13778

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 13778

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 13778	27/09/2024	13:52		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora		

AT: 13778  
US: SANDRA  
Idade: 12

8 - Número da Carteira 8757604		9 - Validade da Carteira 27/09/2024	10 - Nome JULIA DUTRA ALMEIDA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------

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

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

21 - Caráter do Atendimento 2			22 - Data da Solicitação 27/09/2024	23 - Indicação Clínica M17 - Gonartrose [artrose do joelho]	
----------------------------------	--	--	--	--	--

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

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
27/09/2024	13:52		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
27/09/2024	14:55		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
27/09/2024	13:57		22	40804062	JOELHO + PATELA	1				R\$ 43,73	R\$ 43,73

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional			52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho		54 - UF	55 - Código CBO
		91731941072	GUSTAVO LUZ ALVES			6	28088		43	225270

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

58 - Observação / Justificativa trauma joelho
<b>M17 - Gonartrose [artrose do joelho]</b>

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 154,23	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 25,86	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 180,09
---	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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

# Guia de Outras Despesas

**JULIA DUTRA ALMEIDA**

**AMA ADVENTISTA**

**13778**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

13778

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

**5 - Codigo CNES**

4115449

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	27/09/2024	13:52	13:52	0	000090212	2	0	R\$ 10,11	R\$ 20,21
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	27/09/2024	13:52	13:52	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	27/09/2024	13:52	13:52	19	79215319	5	0	R\$ 0,04	R\$ 0,18
16-Descrição									
ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

<b>17-Total Gases Medicinais R\$</b>	<b>18-Total Medicamentos R\$</b>	<b>19-Total Materiais R\$</b>	<b>20-Total Taxas Div.</b>	<b>21-Total Diarias R\$</b>	<b>22-Total Alugueis R\$</b>	<b>23-Total Geral R\$</b>
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 25,86	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 25,86

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



12600

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 12600

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 12600

05/09/2024 09:30

AT: 12600  
US: SANDRA  
Idade: 11

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

Dados do Beneficiário

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

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 05/09/2024 23 - Indicação Clínica S626 - Fratura de outros dedos

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

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
05/09/2024	11:09		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
05/09/2024	11:09		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
05/09/2024	09:41		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

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

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

58 - Observação / Justificativa  
REVISÃO DE FRATURA DE FALANGE DISTAL - DT 18/08  
PACIENTE SEM DOR, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) SEM DOR À FLEXÃO/EXTENSÃO ATIVA DOS DEDOS 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 9,79 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 206,55

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

# Guia de Outras Despesas

**VINICIUS GARCIA NUNES NASCENTE**

**AMA ADVENTISTA**

**12600**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

12600

**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	05/09/2024	09:30	09:30	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	05/09/2024	09:30	09:30	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	05/09/2024	09:30	09:30	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 9,79	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 9,79