

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



15581

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **15581**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 15581
-----------------------------------	------------------------------------

28/10/2024

16:35

AT: 15581
US: SANDRA
Idade: 13

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 8757870	9 - Validade da Carteira 28/10/2024	10 - Nome ALICIA DE MIRANDA LUIZ	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 PAULO RICARDO PICON ALVES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 35717	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante PAULO RICARDO PICON ALVES / 35717
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/10/2024	23 - Indicação Clínica S53 - Luxacao entorse e distensao das articulacees e dos ligamentos do cotovelo
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30719119	LESÕES LIGAMENTARES - REDUÇÃO INCRUENTA	1	1
22	40803090	COTOVELO	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\$)
28/10/2024	16:36		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
28/10/2024	13:42		22	30719119	LESÕES LIGAMENTARES - REDUÇÃO	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00
28/10/2024	16:39		22	40803090	COTOVELO	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
		01733489045	PAULO RICARDO PICON ALVES	6	35717	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa

Queda na escola, há 1 hora, com trauma no cotovelo D.

Edema, sem deformidade

59 - Total de Prescrições (R\$) R\$ 323,73	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 91,47	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 323,73
--	--------------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
Dr. Alexandre
RX sem alterações ósseas agudas

Codigo de Despesas Realizadas													CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis				
6-CD 3	7-Data 28/10/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 19	11-Código do Item 78988675	12-Qtde 720	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,06	15-Valor Total - R\$ R\$ 45,36								
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO)																	
6-CD 3	7-Data 28/10/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,24								
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)																	
6-CD 3	7-Data 28/10/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162122	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,68	15-Valor Total - R\$ R\$ 42,73								
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM																	
6-CD 3	7-Data 28/10/2024	8-Hora de Inicio 16:35	9-Hora Final 16:35	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,14								
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT																	
17-Total Gases Medicinais R\$		18-Total Medicamentos R\$		19-Total Materiais R\$		20-Total Taxas Div.		21-Total Diarias R\$		22-Total Alugueis R\$		23-Total Geral R\$					
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 91,47		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 91,47					

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



14144

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **14144**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 14144		04/10/2024		13:55				AT: 14144 US: SANDRA Idade: 14																																				
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 8757630			9 - Validade da Carteira 22/03/2024		10 - Nome AMANDA NACHTIGAL LOPES				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																																			
Dados do Solicitante																																														
13 - Código na Operadora 15116763000412			14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA																																											
15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28088		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES / 28088																																				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																																														
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/10/2024		23 - Indicação Clínica 0 - fratura mão																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>24 - Tabela</th> <th>25 - Código Procedimento</th> <th>26 - Descrição</th> <th>27 - Qtde. Solic.</th> <th>28 - Qtde. Aut.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22</td> <td>10101039</td> <td>CONSULTA (U)</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>30722446</td> <td>FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPÍANOS - REDUÇÃO INCRUENTA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>40803120</td> <td>MAO OU QUIRODACTILO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.	22	10101039	CONSULTA (U)	1	1	22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPÍANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	1	1	22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1	4 -					5 -					6 -				
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.																																										
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1																																										
22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPÍANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	1	1																																										
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1																																										
4 -																																														
5 -																																														
6 -																																														
Dados do Contratado Executante																																														
29 - Código na Operadora 15116763000412			30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA						31 - Código CNES 4115449																																					
Dados do Atendimento																																														
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																																														
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)																																			
04/10/2024	13:55		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00																																			
04/10/2024	16:27		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50																																			
04/10/2024	14:15		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26																																			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																																														
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora		51 - Nome do Profissional			52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho		54 - UF	55 - Código CBO																																			
		91731941072		GUSTAVO LUZ ALVES			6	28088		43	225270																																			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																																														
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____																																						
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____																																						
58 - Observação / Justificativa trauma mao																																														
0 - fratura mão																																														
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 196,76		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\$ 207,18																																				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																																						

SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



14601

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 14601

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 14601		11/10/2024		14:14				AT: 14601 US: SANDRA Idade: 14			
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 8757630		9 - Validade da Carteira 22/03/2024		10 - Nome AMANDA NACHTIGAL LOPES				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante													
13 - Código na Operadora 15116763000412		14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA											
15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28088		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES / 28088					
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/10/2024		23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela										25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22										10101039	CONSULTA (U)	1	1
22										30711010	TALA ZIMER	1	1
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA								31 - Código CNES 4115449			
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento 13		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data	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\$)		
11/10/2024	14:14		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00		
11/10/2024	15:27		22	30711010	TALA ZIMER	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora		51 - Nome do Profissional			52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho		54 - UF	55 - Código CBO		
		91731941072		GUSTAVO LUZ ALVES			6	28088		43	225270		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____					
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____					
58 - Observação / Justificativa dor mao													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50		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\$ 120,92													
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



15031

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **15031**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 15031
-----------------------------------	------------------------------------

18/10/2024

14:58

AT: 15031
US: SANDRA
Idade: 14

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 8757630	9 - Validade da Carteira 22/03/2024	10 - Nome AMANDA NACHTIGAL LOPES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/10/2024	23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao
---	---	---

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

SANDRA

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 18/10/2024	37 - Hora Inicial 14:58	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)	42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00

SANDRA

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

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

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

58 - Observação / Justificativa S62 - Fratura ao nível do punho e da mao
--

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

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

Guia de Outras Despesas

AMANDA NACHTIGAL LOPES

AMA ADVENTISTA

14144

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 14144
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 Unitátio - R\$	15-Valor Total - R\$
3	04/10/2024	13:55	13:55	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 Unitátio - R\$	15-Valor Total - R\$
3	04/10/2024	13:55	13:55	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 Unitátio - R\$	15-Valor Total - R\$
3	04/10/2024	13:55	13:55	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\$	
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 10,42		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
								22-Total Alugueis R\$	
								R\$ 0,00	
								23-Total Geral R\$	
								R\$ 10,42	

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

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



14363

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **14363**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 14363
-----------------------------------	------------------------------------

08/10/2024

14:00

AT: 14363
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 8757581	9 - Validade da Carteira 08/10/2024	10 - Nome ANA JULIA HANAUER ROGGIA TEIXEIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 11310	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL / 11310
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2024	23 - Indicação Clínica S60 - Traumatismo superficial do punho e da mao
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE 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\$)
08/10/2024	16:16		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
08/10/2024	12:40		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
08/10/2024	14:39		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		28988167015	REMY FLORIANO STOLL	6	11310	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa ESTUDANTE. DERMATITE ATÓPICA. FAZ USO DE HIDROCORTISONA CREME, DEXCLORFENIRAMINA 2 MG XPE SN. TDAH. RITALINA 10 MG. NEGA ALERGIAS À MEDICAÇÕES. TRAUMA NO FUTEBOL DE SABÃO COM TRAUMATISMO MÃO D, PRINCIPALMENTE POLEGAR D.

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 196,76	60 - Total de Taxas e Abusos (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\$ 196,76
--	------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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



14846

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **14846**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 14846
-----------------------------------	------------------------------------

16/10/2024

12:43

AT: 14846
US: SANDRA
Idade: 12

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8757581	9 - Validade da Carteira 08/10/2024	10 - Nome ANA JULIA HANAUER ROGGIA TEIXEIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 11310	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL / 11310
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/10/2024	23 - Indicação Clínica S60 - Traumatismo superficial do punho e da mao
---	---	--

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

SANDRA

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 16/10/2024	37 - Hora Inicial 12:43	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)	42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 28988167015	51 - Nome do Profissional REMY FLORIANO STOLL	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 11310	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

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

58 - Observação / Justificativa

SEGUIMENTO DE TRATAMENTO. MELHOR. AINDA COM DISCRETA DOR POLEGAR E.

~~S60 - Traumatismo superficial do punho e da mao~~

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

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

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



15580

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 15580

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 15580
----------------------------	-----------------------------

28/10/2024

16:22

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

AT: 15580
US: SANDRA
Idade: 13

8 - Número da Carteira 8758518	9 - Validade da Carteira 12/03/2024	10 - Nome HENRIQUE REMIAO CONCEICAO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------

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

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/10/2024	23 - Indicação Clínica M545 - Dor lombar baixa
----------------------------------	--	---

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

SANDRA

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

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

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
28/10/2024	16:22		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

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

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

58 - Observação / Justificativa Paciente sofreu queda de costas, ontem, e, após algumas horas, apresentou dor na região lombossacra. Agora sem dor. Jogou basquete hoje e não apresentou sintomas.

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização M545 - Dor lombar baixa	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

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



14995

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **14995**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 14995		18/10/2024		10:17						AT: 14995 US: SANDRA Idade: 10	
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 8758195		9 - Validade da Carteira 01/11/2024		10 - Nome LORENZO NEVES FRAGA REINHEIMER				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 ROGERIO SAUERESSIG				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 9866		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante ROGERIO SAUERESSIG / 9866			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/10/2024		23 - Indicação Clínica 0 - fratura base do 5 metatarso e									
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição							27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.		
22	10101039	CONSULTA (U)							1		1		
22	30729130	FRATURA DOS OSSOS DO PE TRATA CONSERVADOR							1		1		
22	40804097	PE OU PODODACTILO							1		1		
4 -													
5 -													
6 -													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA								31 - Código CNES 4115449			
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
18/10/2024	10:17		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00		
18/10/2024	08:58		22	30729130	FRATURA DOS OSSOS DO PE TRATA	1				R\$ 32,00	R\$ 32,00		
18/10/2024	10:20		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51		
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	
		24359025068		ROGERIO SAUERESSIG				6	9866		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 torção pe e dor edema													
0 - fratura base do 5 metatarso e													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 173,51		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 40,27		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$) R\$ 213,78	
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

LORENZO NEVES FRAGA REINHEIMER

AMA ADVENTISTA

14995

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 14995
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	18/10/2024	10:17	10:17	19	78988675	540	0	R\$ 0,06	R\$ 34,02
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(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	18/10/2024	10:17	10:17	19	79215319	5	0	R\$ 0,04	R\$ 0,18
16-Descrição									
ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	18/10/2024	10:17	10:17	19	70034680	2	0	R\$ 3,03	R\$ 6,07
16-Descrição									
ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID									
17-Total Gases Medicinais R\$		18-Total Medicamentos R\$		19-Total Materiais R\$		20-Total Taxas Div.		21-Total Diarias R\$	
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 40,27		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
								22-Total Alugueis R\$	
								R\$ 0,00	
								23-Total Geral R\$	
								R\$ 40,27	

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



14371

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 14371

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 14371		08/10/2024		15:33				AT: 14371 US: SANDRA Idade: 16				
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 8757746			9 - Validade da Carteira 08/10/2024		10 - Nome NATHALIA SIGNORINI AMARAL				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante														
13 - Código na Operadora 15116763000412			14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA											
15 - Nome do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 11310		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante REMY FLORIANO STOLL / 11310				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados														
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/10/2024		23 - Indicação Clínica 0 - LESÃO AGUDA LIGAMENTAR TORNOZELO ESQUERDO.										
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição							27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.			
22	10101039	CONSULTA (U)							1		1			
22	30728134	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -							1		1			
22	40804089	TORNOZELO							1		1			
4 -														
5 -														
6 -														
Dados do Contratado Executante														
29 - Código na Operadora 15116763000412			30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							31 - Código CNES 4115449				
Dados do Atendimento														
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados														
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
08/10/2024	15:33		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00			
08/10/2024	08:57		22	30728134	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00			
08/10/2024	16:07		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,11	R\$ 40,11			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)														
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora		51 - Nome do Profissional				52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho		54 - UF	55 - Código CBO		
		28988167015		REMY FLORIANO STOLL				6	11310		43	225270		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável														
1 - ____/____/____			3 - ____/____/____			5 - ____/____/____			7 - ____/____/____			9 - ____/____/____		
2 - ____/____/____			4 - ____/____/____			6 - ____/____/____			8 - ____/____/____			10 - ____/____/____		
58 - Observação / Justificativa														
ESTUDANTE. SEM COMORBIDADES. ALÉRGICA AO DIPIRONA. AO ANDAR DE ESCORREGADOR TORCEU TORNOZELO E HOJE. COM DOR + EDEMA LATERAL e DOR REGIÃO MEDIAL e AOS MOVIMENTOS. OBS.: TEM BOTA ROBOFOOT EM CASA.														
59 - Total de Materiais (R\$) R\$ 232,11		60 - Total de OPME (R\$) R\$ 47,93		61 - Total de Medicamentos (R\$)		62 - Total de Gases Medicinais (R\$)		63 - Total Geral (R\$) R\$ 280,04						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado						

Codigo de Despesas Realizadas											CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis																							
6-CD 3		7-Data 08/10/2024		8-Hora de Inicio 15:33		9-Hora Final 15:33		10-Tabela 0		11-Código do Item 0000313151		12-Qtde 180		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,15		15-Valor Total - R\$ R\$ 27,54																
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)																																		
6-CD 3		7-Data 08/10/2024		8-Hora de Inicio 15:33		9-Hora Final 15:33		10-Tabela 0		11-Código do Item 0000090212		12-Qtde 2		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 10,11		15-Valor Total - R\$ R\$ 20,21																
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																																		
6-CD 3		7-Data 08/10/2024		8-Hora de Inicio 15:33		9-Hora Final 15:33		10-Tabela 19		11-Código do Item 79215319		12-Qtde 5		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04		15-Valor Total - R\$ R\$ 0,18																
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT																																		
17-Total Gases Medicinais R\$					18-Total Medicamentos R\$					19-Total Materiais R\$					20-Total Taxas Div.					21-Total Diarias R\$					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				