

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



895720

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895720**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895720**

16/03/2023

11:49

AT: 895720  
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 **10635381** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **ANA BEATRIZ BITENCOURT MALLE** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **16/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Contusão antebraço E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>TALA GESSADA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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>16/03/2023</b>	<b>11:49</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>16/03/2023</b>	<b>13:26</b>		<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>TALA GESSADA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</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>10764950010</b>	<b>HUGO M SEELIG</b>	<b>6</b>	<b>7099</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

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

58 - Observação / Justificativa  
**Trauma antebraço E**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 88,00** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 57,21** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 162,23**

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

# Guia de Outras Despesas

**ANA BEATRIZ BITENCOURT MALLE**

**ADVENTISTA**

**895720**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

895720

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	16/03/2023	11:49	11:49	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	16/03/2023	11:49	11:49	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	16/03/2023	11:49	11:49	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	16/03/2023	11:49	11:49	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	16/03/2023	11:49	11:49	19	70034362	3	0	R\$ 6,08	R\$ 18,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	16/03/2023	11:49	11:49	0	0000162121	3	0	R\$ 10,03	R\$ 30,09
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	16/03/2023	11:49	11:49	19	70034664	3	0	R\$ 1,08	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

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\$ 57,21	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 74,23

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



895390

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895390**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895390**

14/03/2023 11:12

AT: 895390  
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 **1064128** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **ANNA MARIA MACHADO CIDADE** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **14/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Luxação metacarpo falangeana 2º QDD**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30722420</b>	<b>FRATURA E/OU LUXACAO DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - RED</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>14/03/2023</b>	<b>16:53</b>		<b>22</b>	<b>30722420</b>	<b>FRATURA E/OU LUXACAO DE FALANG</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 42,00</b>	<b>R\$ 42,00</b>
<b>14/03/2023</b>	<b>12:10</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</b>
<b>14/03/2023</b>	<b>11:50</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>10764950010</b>	<b>HUGO M SEELIG</b>	<b>6</b>	<b>7099</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  
**rauma mão D. Deformidade dedo**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 105,80** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 64,43** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 187,25**

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



896206

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896206**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896206**

21/03/2023 08:04

AT: 896206  
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 **1064128** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **ANNA MARIA MACHADO CIDADE** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **21/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Luxação metacarpo falangeana 2º QDD**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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\$)
21/03/2023	08:04		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
21/03/2023	17:22		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00

SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		10764950010	HUGO M SEELIG	6	7099	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

**SEGUIMENTO**  
**Revisão**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 88,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 12,51** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 108,79**

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

# Guia de Outras Despesas

**ANNA MARIA MACHADO CIDADE**

**ADVENTISTA**

**895390**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

895390

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	14/03/2023	11:12	11:12	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	14/03/2023	11:12	11:12	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	14/03/2023	11:12	11:12	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	14/03/2023	11:12	11:12	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
3	14/03/2023	11:12	11:12	0	0000162121	1	0	R\$ 10,03	R\$ 10,03
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	14/03/2023	11:12	11:12	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									
3	14/03/2023	11:12	11:12	19	70034680	3	0	R\$ 1,19	R\$ 3,57
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	14/03/2023	11:12	11:12	0	0000162122	2	0	R\$ 11,87	R\$ 23,74
16-Descrição ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM									

<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\$ 64,43	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 81,45

# Guia de Outras Despesas

**ANNA MARIA MACHADO CIDADE**

**ADVENTISTA**

**896206**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

896206

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	21/03/2023	08:04	08:04	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									
3	21/03/2023	08:04	08:04	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,15
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	21/03/2023	08:04	08:04	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
4	21/03/2023	08:04	08:04	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	21/03/2023	08:04	08:04	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
3	21/03/2023	08:04	08:04	19	70034362	1	0	R\$ 6,08	R\$ 6,08
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	21/03/2023	08:04	08:04	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,51	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 20,79

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



896246

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896246**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896246**

21/03/2023

10:38

AT: 896246  
US: SANDRA  
Idade: 17

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10632822** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **ARTHUR WERLANG TROCHINSKI** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **21/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Fratura avulsao fal media 2º QDE + Contusão 3º 4º QDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30722438</b>	<b>FT, E/OU LUX, DE FALANGES(INTERFALANGEANAS)-CIRURG</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>21/03/2023</b>	<b>17:23</b>		<b>22</b>	<b>30722438</b>	<b>FT, E/OU LUX, DE FALANGES(INTE</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 148,00</b>	<b>R\$ 148,00</b>
<b>21/03/2023</b>	<b>10:54</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>10764950010</b>	<b>HUGO M SEELIG</b>	<b>6</b>	<b>7099</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

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

58 - Observação / Justificativa  
**Trauma dedos mão E , no volei**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 179,90** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 64,43** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 261,35**

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

# Guia de Outras Despesas

**ARTHUR WERLANG TROCHINSKI**

**ADVENTISTA**

**896246**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**896246**

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	21/03/2023	10:38	10:38	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	21/03/2023	10:38	10:38	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	21/03/2023	10:38	10:38	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	21/03/2023	10:38	10:38	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
3	21/03/2023	10:38	10:38	0	0000162121	1	0	R\$ 10,03	R\$ 10,03
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	21/03/2023	10:38	10:38	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									
3	21/03/2023	10:38	10:38	19	70034680	3	0	R\$ 1,19	R\$ 3,57
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	21/03/2023	10:38	10:38	0	0000162122	2	0	R\$ 11,87	R\$ 23,74
16-Descrição ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM									

<b>17-Total Gases Mediciniais 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\$ 64,43	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 81,45



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



896766

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896766**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896766**

24/03/2023 19:16

AT: 896766  
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 **3113** 9 - Validade da Carteira **22/03/2019** 10 - Nome **CAROLINE OLIVEIRA ASSIS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **28649** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA / 28649**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **24/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - fratura epifisiolise ulna distal esquerda**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30720109	FRATURA E/OU LUXA??ES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIF	1	1
22	40803112	PUNHO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
24/03/2023	19:27		22	30720109	FRATURA E/OU LUXA??ES (INCLUIN	1				R\$ 120,00	R\$ 120,00
24/03/2023	19:19		22	40803112	PUNHO	1				R\$ 33,78	R\$ 33,78

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
		82231176068	CARLOS E FORERO PEREA	6	28649	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 punho esquerdo**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 153,78** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 64,43** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 235,23**

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

# Guia de Outras Despesas

**CAROLINE OLIVEIRA ASSIS**

**ADVENTISTA**

**896766**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

896766

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	24/03/2023	19:16	19:16	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	24/03/2023	19:16	19:16	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	24/03/2023	19:16	19:16	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	24/03/2023	19:16	19:16	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
3	24/03/2023	19:16	19:16	0	0000162121	1	0	R\$ 10,03	R\$ 10,03
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	24/03/2023	19:16	19:16	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									
3	24/03/2023	19:16	19:16	19	70034680	3	0	R\$ 1,19	R\$ 3,57
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	24/03/2023	19:16	19:16	0	0000162122	2	0	R\$ 11,87	R\$ 23,74
16-Descrição ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM									

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\$ 64,43	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 81,45

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



894068

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **894068**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **894068**

02/03/2023

18:24

AT: 894068  
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 **10633405** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **CAUA NASCIMENTO VARGAS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **02/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - CONTUSAO 2º PDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>02/03/2023</b>	<b>18:24</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>02/03/2023</b>	<b>13:27</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</b>
<b>02/03/2023</b>	<b>18:50</b>		<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,15</b>	<b>R\$ 33,15</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>14897059020</b>	<b>LUIZ ANICET</b>	<b>6</b>	<b>5417</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  
**DOR EDEMA 2 DEDO PE E**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 121,15** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 30,88** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 160,31**

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



896556

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896556**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896556**

22/03/2023 13:51

AT: 896556  
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 **10633405** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **CAUA NASCIMENTO VARGAS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **23/03/2023** 23 - Indicação Clínica **FRAT 4º QDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30722403	TRAT CONSERVADOR+TALA METALICA	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
23/03/2023	14:11		22	30722403	TRAT CONSERVADOR+TALA METALICA	1				R\$ 24,00	R\$ 24,00
23/03/2023	14:04		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 31,90	R\$ 31,90

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
		14897059020	LUIZ ANICET	6	5417	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 TRAUMA NO VOLEI HEMATOMA EDEMA**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 55,90** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 12,51** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 76,69**

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



897303

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897303**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **897303**

22/03/2023 14:42

AT: 897303  
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 **10633405** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **CAUA NASCIMENTO VARGAS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **29/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRAT 4º QDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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\$)
29/03/2023	14:42		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
29/03/2023	17:27		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00

SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		14897059020	LUIZ ANICET	6	5417	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 EM TTO RETIRADA TALA

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 88,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 12,51** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 108,79**

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

# Guia de Outras Despesas

**CAUA NASCIMENTO VARGAS**

**ADVENTISTA**

**894068**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

894068

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	02/03/2023	18:24	18:24	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	02/03/2023	18:24	18:24	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	02/03/2023	18:24	18:24	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									
4	02/03/2023	18:24	18:24	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	02/03/2023	18:24	18:24	19	70852553	180	0	R\$ 0,07	R\$ 12,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									

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\$ 30,88	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 39,16

# Guia de Outras Despesas

**CAUA NASCIMENTO VARGAS**

**ADVENTISTA**

**896556**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

896556

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	23/03/2023	13:51	13:51	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									
3	23/03/2023	13:51	13:51	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,15
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	23/03/2023	13:51	13:51	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
4	23/03/2023	13:51	13:51	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	23/03/2023	13:51	13:51	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
3	23/03/2023	13:51	13:51	19	70034362	1	0	R\$ 6,08	R\$ 6,08
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	23/03/2023	13:51	13:51	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,51	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 20,79

# Guia de Outras Despesas

**CAUA NASCIMENTO VARGAS**

**ADVENTISTA**

**897303**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

897303

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	29/03/2023	14:42	14:42	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									
3	29/03/2023	14:42	14:42	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,15
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	29/03/2023	14:42	14:42	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
4	29/03/2023	14:42	14:42	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	29/03/2023	14:42	14:42	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
3	29/03/2023	14:42	14:42	19	70034362	1	0	R\$ 6,08	R\$ 6,08
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	29/03/2023	14:42	14:42	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,51	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 20,79



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



896555

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896555**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896555**

22/03/2023 13:49

AT: 896555  
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 **10633110** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **CLARA RESENDE FERREIRA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **28649** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA / 28649**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **23/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - contusão polegar esuqewrdo**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
23/03/2023	13:49		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
23/03/2023	13:55		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 31,90	R\$ 31,90

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
		82231176068	CARLOS E FORERO PEREA	6	28649	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 polegar esquerdo**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 111,90** 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\$ 111,90**

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



894580

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **894580**

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**894580**

07/03/2023

17:14

AT: 894580  
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  
**10635689**

9 - Validade da Carteira  
**04/10/2023**

10 - Nome  
**DAVI ARTHUR HUBNER**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
**N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
**15116763000331**

14 - Nome do Contratado  
**INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante  
**LUIZ ANICET**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**5417**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**1**

22 - Data da Solicitação  
**07/03/2023**

23 - Indicação Clínica  
**0 - CONTUSAO ANTEBRAÇO E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZAÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803104</b>	<b>RX ANTEBRAÇO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
**15116763000331**

30 - Nome do Contratado  
**INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

31 - Código CNES  
**2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
**05**

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>07/03/2023</b>	<b>17:14</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>07/03/2023</b>	<b>17:36</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZAÇÃO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</b>
<b>07/03/2023</b>	<b>17:20</b>		<b>22</b>	<b>40803104</b>	<b>RX ANTEBRAÇO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,15</b>	<b>R\$ 33,15</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>14897059020</b>	<b>LUIZ ANICET</b>	<b>6</b>	<b>5417</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa  
**DOR EDEMA QUEDA**

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
**R\$ 121,15**

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
**R\$ 8,28**

61 - Total de Materiais (R\$)  
**R\$ 19,84**

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 149,27**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**DAVI ARTHUR HUBNER**

**ADVENTISTA**

**894580**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**894580**

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	07/03/2023	17:14	17:14	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,12
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	07/03/2023	17:14	17:14	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	07/03/2023	17:14	17:14	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	07/03/2023	17:14	17:14	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
3	07/03/2023	17:14	17:14	19	70034362	2	0	R\$ 6,08	R\$ 12,16
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	07/03/2023	17:14	17:14	19	70034664	2	0	R\$ 1,08	R\$ 2,16
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 19,84	20-Total Taxas Div. R\$ 8,28	21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00	22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	23-Total Geral R\$ R\$ 28,12
---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

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



897539

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897539**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **897539**

31/03/2023 10:09

AT: 897539  
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 **3192** 9 - Validade da Carteira **30/04/2023** 10 - Nome **GIULIA IZOLAN BOLCA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **31/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Lesão ligamentar tornozelo D**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>KIT BOELLER ADULTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40804089</b>	<b>RX TORNOZELO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>31/03/2023</b>	<b>10:10</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>31/03/2023</b>	<b>11:11</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>KIT BOELLER ADULTO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</b>
<b>31/03/2023</b>	<b>10:57</b>		<b>22</b>	<b>40804089</b>	<b>RX TORNOZELO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>10764950010</b>	<b>HUGO M SEELIG</b>	<b>6</b>	<b>7099</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  
**Torceu tornozelo D.De repetição**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 119,90** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 30,88** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 159,06**

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

# Guia de Outras Despesas

**GIULIA IZOLAN BOLCA****ADVENTISTA****897539****1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

897539

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	31/03/2023	10:09	10:09	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	31/03/2023	10:09	10:09	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	31/03/2023	10:09	10:09	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									
4	31/03/2023	10:09	10:09	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	31/03/2023	10:09	10:09	19	70852553	180	0	R\$ 0,07	R\$ 12,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									

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\$ 30,88	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 39,16

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



894790

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **894790**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **894790**

**09/03/2023** **09:15**

AT: 894790  
US: SANDRA  
Idade: 16

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10636183** 9 - Validade da Carteira **09/03/2023** 10 - Nome **JENNYFER VICTORIA SANTOS MELLO** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **09/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Entorse tornozelo E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40804089</b>	<b>RX TORNOZELO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>09/03/2023</b>	<b>09:15</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>09/03/2023</b>	<b>09:53</b>		<b>22</b>	<b>40804089</b>	<b>RX TORNOZELO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>10764950010</b>	<b>HUGO M SEELIG</b>	<b>6</b>	<b>7099</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  
**Torceu tornozelo E**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 111,90** 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\$ 111,90**

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**



895457

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 895457**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>895457</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

**14/03/2023 16:58**

AT: 895457  
US: SANDRA  
Idade: 16

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

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>10636183</b>	9 - Validade da Carteira <b>09/03/2023</b>	10 - Nome <b>JENNYFER VICTORIA SANTOS MELLO</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código na Operadora <b>15116763000331</b>	14 - Nome do Contratado <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.</b>
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número do Conselho <b>9866</b>	18 - UF <b>43</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b>
---	---	--	----------------------	----------------------------------	--

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

21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>14/03/2023</b>	23 - Indicação Clínica <b>0 - Entorse tornozelo E</b>
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na Operadora <b>15116763000331</b>	30 - Nome do Contratado <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.</b>	31 - Código CNES <b>2228939</b>
---	---	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo de Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

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

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>14/03/2023</b>	<b>13:13</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</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>24359025068</b>	<b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	<b>6</b>	<b>9866</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  
**dor tornozelo**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 8,00</b>	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) <b>R\$ 8,28</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>R\$ 30,88</b>	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) <b>R\$ 47,16</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



897186

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897186**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>897186</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

**28/03/2023**      **18:38**

AT: 897186  
US: SANDRA  
Idade: 16

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira <b>10636183</b>	9 - Validade da Carteira <b>09/03/2023</b>	10 - Nome <b>JENNYFER VICTORIA SANTOS MELLO</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora <b>15116763000331</b>	14 - Nome do Contratado <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.</b>
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>CLEVERSON A. K. RODRIGUES</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número do Conselho <b>25989</b>	18 - UF <b>43</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>CLEVERSON A. K. RODRIGUES / 25989</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>28/03/2023</b>	23 - Indicação Clínica <b>0 - Entorse tornozelo E</b>
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40804089</b>	<b>RX TORNOZELO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora <b>15116763000331</b>	30 - Nome do Contratado <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.</b>	31 - Código CNES <b>2228939</b>
---	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento <b>05</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>28/03/2023</b>	<b>18:38</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>28/03/2023</b>	<b>19:29</b>		<b>22</b>	<b>40804089</b>	<b>RX TORNOZELO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>74149539049</b>	<b>CLEVERSON A. K. RODRIGUES</b>	<b>6</b>	<b>25989</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

**ENTORSE TORNOZELO ESQ**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 111,90</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\$ 111,90</b>
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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



# Guia de Outras Despesas

**JENNYFER VICTORIA SANTOS MELLO**

**ADVENTISTA**

**895457**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

895457

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	14/03/2023	16:58	16:58	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	14/03/2023	16:58	16:58	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	14/03/2023	16:58	16:58	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									
4	14/03/2023	16:58	16:58	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	14/03/2023	16:58	16:58	19	70852553	180	0	R\$ 0,07	R\$ 12,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 30,88	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 39,16

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



895879

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895879**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895879**

17/03/2023 13:25

AT: 895879  
US: SANDRA  
Idade: 5

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 **10635786** 9 - Validade da Carteira **17/03/2023** 10 - Nome **JOAO DAMASIO BOCUSSI SANTOS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **9866** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **17/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - fratura distal radio d**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30721130</b>	<b>FRATURA DE PUNHO - TRATAMENTO CONSERVADOR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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>17/03/2023</b>	<b>13:25</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>17/03/2023</b>	<b>16:10</b>		<b>22</b>	<b>30721130</b>	<b>FRATURA DE PUNHO - TRATAMENTO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 32,00</b>	<b>R\$ 32,00</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>24359025068</b>	<b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	<b>6</b>	<b>9866</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

QUEDA AO SOLO

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 112,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 57,21** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 186,23**

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

# Guia de Outras Despesas

**JOAO DAMASIO BOCUSSI SANTOS**

**ADVENTISTA**

**895879**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

895879

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	17/03/2023	13:25	13:25	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	17/03/2023	13:25	13:25	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	17/03/2023	13:25	13:25	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	17/03/2023	13:25	13:25	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	17/03/2023	13:25	13:25	19	70034362	3	0	R\$ 6,08	R\$ 18,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	17/03/2023	13:25	13:25	0	0000162121	3	0	R\$ 10,03	R\$ 30,09
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	17/03/2023	13:25	13:25	19	70034664	3	0	R\$ 1,08	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 57,21	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 74,23

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



895798

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895798**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895798**

16/03/2023 19:45

AT: 895798  
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 **4357** 9 - Validade da Carteira **30/04/2023** 10 - Nome **LAURA SILVA BORGES** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **16/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - CONTUSAO ANTEBRAÇO E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZAÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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>16/03/2023</b>	<b>19:45</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>16/03/2023</b>	<b>19:53</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOBILIZAÇÃO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</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>14897059020</b>	<b>LUIZ ANICET</b>	<b>6</b>	<b>5417</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  
**DOR TRAUMA DIRETO**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 88,00** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 19,84** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 116,12**

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

# Guia de Outras Despesas

**LAURA SILVA BORGES**

**ADVENTISTA**

**895798**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

895798

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	16/03/2023	19:45	19:45	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,12
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	16/03/2023	19:45	19:45	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	16/03/2023	19:45	19:45	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	16/03/2023	19:45	19:45	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
3	16/03/2023	19:45	19:45	19	70034362	2	0	R\$ 6,08	R\$ 12,16
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	16/03/2023	19:45	19:45	19	70034664	2	0	R\$ 1,08	R\$ 2,16
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 19,84	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 28,12

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



894761

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **894761**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **894761**

08/03/2023 19:12

AT: 894761  
US: SANDRA  
Idade: 10

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10634790** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **MARIA CLARA GONCALVES SANTOS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **9866** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **08/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - entorse do 4 qdd**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
08/03/2023	19:12		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
08/03/2023	09:51		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00
08/03/2023	19:19		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 31,90	R\$ 31,90

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
		24359025068	ROGERIO MAURICIO 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  
**trauma no basquete dor edema**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 119,90** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 10,00** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 138,18**

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

# Guia de Outras Despesas

**MARIA CLARA GONCALVES SANTOS**

**ADVENTISTA**

**894761**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

894761

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	08/03/2023	19:12	19:12	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									
3	08/03/2023	19:12	19:12	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,12
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	08/03/2023	19:12	19:12	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	08/03/2023	19:12	19:12	19	70852600	360	0	R\$ 0,02	R\$ 7,20
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	08/03/2023	19:12	19:12	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	08/03/2023	19:12	19:12	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 10,00	20-Total Taxas Div. R\$ 8,28	21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00	22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	23-Total Geral R\$ R\$ 18,28
---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

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



894358

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **894358**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **894358**

06/03/2023 13:22

AT: 894358  
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 **10635411** 9 - Validade da Carteira **06/10/2024** 10 - Nome **MARIA LUIZA IRRIBAREM HOFFMANN** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **9866** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **06/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - contusao pe d**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>06/03/2023</b>	<b>13:22</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>06/03/2023</b>	<b>13:27</b>		<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,15</b>	<b>R\$ 33,15</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>24359025068</b>	<b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	<b>6</b>	<b>9866</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  
**caiu no colegio dor edema**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 113,15** 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\$ 113,15**

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



895928

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895928**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895928**

17/03/2023 15:50

AT: 895928  
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 **10635411** 9 - Validade da Carteira **06/10/2024** 10 - Nome **MARIA LUIZA IRRIBAREM HOFFMANN** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **9866** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **17/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - contusao pe d**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOB PROVISORIA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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>17/03/2023</b>	<b>16:16</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>IMOB PROVISORIA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</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>24359025068</b>	<b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	<b>6</b>	<b>9866</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  
**dor pe d**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 8,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 24,13** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 40,41**

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



896738

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896738**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>896738</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

**24/03/2023**      **16:02**

AT: 896738  
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 <b>10635411</b>	9 - Validade da Carteira <b>06/10/2024</b>	10 - Nome <b>MARIA LUIZA IRRIBAREM HOFFMANN</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora <b>15116763000331</b>	14 - Nome do Contratado <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.</b>
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número do Conselho <b>9866</b>	18 - UF <b>43</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866</b>
---	---	--	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>24/03/2023</b>	23 - Indicação Clínica <b>0 - contusao pe d</b>
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora <b>15116763000331</b>	30 - Nome do Contratado <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.</b>	31 - Código CNES <b>2228939</b>
---	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
<b>24/03/2023</b>	<b>16:02</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</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>24359025068</b>	<b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	<b>6</b>	<b>9866</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 - ____/____/____	7 - ____/____/____
6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
	9 - ____/____/____
	10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa  
**dor npe d**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 80,00</b>	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\$) <b>R\$ 80,00</b>
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

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

# Guia de Outras Despesas

**MARIA LUIZA IRRIBAREM HOFFMANN**

**ADVENTISTA**

**895928**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

895928

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
4	17/03/2023	15:50	15:50	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	17/03/2023	15:50	15:50	19	70034680	2	0	R\$ 1,19	R\$ 2,38
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	17/03/2023	15:50	15:50	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	17/03/2023	15:50	15:50	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	17/03/2023	15:50	15:50	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 24,13	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 32,41

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



895312

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895312**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895312**

13/03/2023

18:30

AT: 895312  
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 **10635893** 9 - Validade da Carteira **13/03/2023** 10 - Nome **MATEUS BORGES LACERDA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **13/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRAT DIAFISARIA 5°MTT E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30729165	TRAT CONSERVADOR+TALA GESSDA	1	1
22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
13/03/2023	18:51		22	30729165	TRAT CONSERVADOR+TALA GESSDA	1				R\$ 42,00	R\$ 42,00
13/03/2023	18:42		22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1				R\$ 33,15	R\$ 33,15

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
		14897059020	LUIZ ANICET	6	5417	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 EDEMA TORCEU PE

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 75,15** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 93,21** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 185,38**

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



897497

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897497**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **897497**

30/03/2023 17:24

AT: 897497  
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 **10635893** 9 - Validade da Carteira **13/03/2023** 10 - Nome **MATEUS BORGES LACERDA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **30/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRAT DIAFISARIA 5°MTT E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>30/03/2023</b>	<b>18:21</b>		<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,15</b>	<b>R\$ 33,15</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>14897059020</b>	<b>LUIZ ANICET</b>	<b>6</b>	<b>5417</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  
**DOR EM TTO RETIRADA TALA FRAT EM CONSOLIDAÇÃO**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 33,15** 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\$ 33,15**

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

# Guia de Outras Despesas

**MATEUS BORGES LACERDA**

**ADVENTISTA**

**895312**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**895312**

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	13/03/2023	18:30	18:30	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	13/03/2023	18:30	18:30	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	13/03/2023	18:30	18:30	0	0000162124	1	0	R\$ 15,44	R\$ 15,44
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15CM									
4	13/03/2023	18:30	18:30	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	13/03/2023	18:30	18:30	19	70852553	540	0	R\$ 0,07	R\$ 37,80
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									
3	13/03/2023	18:30	18:30	19	70034729	3	0	R\$ 2,13	R\$ 6,39
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID 156.867									
3	13/03/2023	18:30	18:30	0	0000162125	2	0	R\$ 16,64	R\$ 33,28
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 20CM									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 93,21	20-Total Taxas Div. R\$ 17,02	21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00	22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	23-Total Geral R\$ R\$ 110,23
---	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

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



895948

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895948**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895948**

17/03/2023

18:18

AT: 895948  
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 **10635767** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **NICOLAS SILVA SOUZA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **28649** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA / 28649**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **17/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - CONTUSÃO PUNHO DIRIETO**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>MEMBRO SUPERIOR</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 **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>17/03/2023</b>	<b>11:27</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>17/03/2023</b>	<b>09:50</b>		<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>MEMBRO SUPERIOR</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</b>
<b>17/03/2023</b>	<b>18:26</b>		<b>22</b>	<b>40803112</b>	<b>PUNHO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,78</b>	<b>R\$ 33,78</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>82231176068</b>	<b>CARLOS E FORERO PEREA</b>	<b>6</b>	<b>28649</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

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

58 - Observação / Justificativa

**TRAUMA PUNHO DIRITO**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 121,78** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 57,21** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 196,01**

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

# Guia de Outras Despesas

**NICOLAS SILVA SOUZA**

ADVENTISTA

**895948**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**895948**

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	17/03/2023	18:18	18:18	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	17/03/2023	18:18	18:18	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	17/03/2023	18:18	18:18	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	17/03/2023	18:18	18:18	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	17/03/2023	18:18	18:18	19	70034362	3	0	R\$ 6,08	R\$ 18,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	17/03/2023	18:18	18:18	0	0000162121	3	0	R\$ 10,03	R\$ 30,09
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	17/03/2023	18:18	18:18	19	70034664	3	0	R\$ 1,08	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

17-Total Gases Mediciniais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 57,21	20-Total Taxas Div. R\$ 17,02	21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00	22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	23-Total Geral R\$ R\$ 74,23
--	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------



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



897275

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897275**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **897275**

29/03/2023

13:40

AT: 897275  
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 **10635867** 9 - Validade da Carteira **30/12/2023** 10 - Nome **PAULO SERGIO ROSA FRUTOS JUNIOR** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **9866** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **29/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - fratura falange proximal 1 qde**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30722403</b>	<b>CONSERVADOR TALA GESSADA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>29/03/2023</b>	<b>13:54</b>		<b>22</b>	<b>30722403</b>	<b>CONSERVADOR TALA GESSADA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 24,00</b>	<b>R\$ 24,00</b>
<b>29/03/2023</b>	<b>13:45</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>24359025068</b>	<b>ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG</b>	<b>6</b>	<b>9866</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

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

58 - Observação / Justificativa  
**trauma no futebol dor edema**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 55,90** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 64,43** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 137,35**

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

# Guia de Outras Despesas

**PAULO SERGIO ROSA FRUTOS JUNIOR**

**ADVENTISTA**

**897275**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

897275

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	29/03/2023	13:40	13:40	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	29/03/2023	13:40	13:40	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	29/03/2023	13:40	13:40	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	29/03/2023	13:40	13:40	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
3	29/03/2023	13:40	13:40	0	0000162121	1	0	R\$ 10,03	R\$ 10,03
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	29/03/2023	13:40	13:40	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									
3	29/03/2023	13:40	13:40	19	70034680	3	0	R\$ 1,19	R\$ 3,57
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	29/03/2023	13:40	13:40	0	0000162122	2	0	R\$ 11,87	R\$ 23,74
16-Descrição ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM									

<b>17-Total Gases Mediciniais 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\$ 64,43	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 81,45

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



897431

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897431**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **897431**

30/03/2023 13:04

AT: 897431  
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 **10635803** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **RAFAEL MATTOS PEREIRA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **28649** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **CARLOS E FORERO PEREA / 28649**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **30/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRATURA RADIO DISTAL DIRITO**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30720109</b>	<b>FRATURA E/OU LUXA??ES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803112</b>	<b>PUNHO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>30/03/2023</b>	<b>13:18</b>		<b>22</b>	<b>30720109</b>	<b>FRATURA E/OU LUXA??ES (INCLUIN</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 120,00</b>	<b>R\$ 120,00</b>
<b>30/03/2023</b>	<b>13:07</b>		<b>22</b>	<b>40803112</b>	<b>PUNHO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,78</b>	<b>R\$ 33,78</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>82231176068</b>	<b>CARLOS E FORERO PEREA</b>	<b>6</b>	<b>28649</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

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

58 - Observação / Justificativa  
**TRAUMA PUNHO DIREITO**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 153,78** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 57,21** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 228,01**

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

# Guia de Outras Despesas

**RAFAEL MATTOS PEREIRA**

**ADVENTISTA**

**897431**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

897431

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	30/03/2023	13:04	13:04	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	30/03/2023	13:04	13:04	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	30/03/2023	13:04	13:04	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	30/03/2023	13:04	13:04	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	30/03/2023	13:04	13:04	19	70034362	3	0	R\$ 6,08	R\$ 18,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	30/03/2023	13:04	13:04	0	0000162121	3	0	R\$ 10,03	R\$ 30,09
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	30/03/2023	13:04	13:04	19	70034664	3	0	R\$ 1,08	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

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\$ 57,21	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 74,23

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



894489

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **894489**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **894489**

07/03/2023 09:37

AT: 894489  
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 **10636135** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **RAFAELA GUIMARAES RIEIRA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **07/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRAT FM 5º QDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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\$)
07/03/2023	09:37		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
07/03/2023	09:52		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00

SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		10764950010	HUGO M SEELIG	6	7099	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

SEGUIMENTO  
Revisão

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 88,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 10,00** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 106,28**

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



895374

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895374**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895374**

14/03/2023 10:15

AT: 895374  
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 **10636135** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **RAFAELA GUIMARAES RIEIRA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **7099** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **HUGO M SEELIG / 7099**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **14/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRAT FM 5º QDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>14/03/2023</b>	<b>10:37</b>		<b>22</b>	<b>40803120</b>	<b>RX MAO OU QUIRODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 31,90</b>	<b>R\$ 31,90</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>10764950010</b>	<b>HUGO M SEELIG</b>	<b>6</b>	<b>7099</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  
**SEGUIMENTO**  
**Revisão**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 31,90** 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\$ 31,90**

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

# Guia de Outras Despesas

**RAFAELA GUIMARAES RIEIRA**

**ADVENTISTA**

**894489**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

894489

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	07/03/2023	09:37	09:37	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									
3	07/03/2023	09:37	09:37	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,12
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	07/03/2023	09:37	09:37	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	07/03/2023	09:37	09:37	19	70852600	360	0	R\$ 0,02	R\$ 7,20
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	07/03/2023	09:37	09:37	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	07/03/2023	09:37	09:37	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

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\$ 10,00	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 18,28

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



896728

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896728**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896728**

22/03/2023 15:07

AT: 896728  
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 **10635012** 9 - Validade da Carteira **18/12/2022** 10 - Nome **RAFAELLA DIAS NAGILDO** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **9866** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ROGERIO MAURICIO SAUERESSIG / 9866**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **24/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - entorse tornozelo d**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	30711010	IMOB PROVISORIA	1	1
22	40804089	RX TORNOZELO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
24/03/2023	15:07		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
24/03/2023	15:37		22	30711010	IMOB PROVISORIA	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00
24/03/2023	15:28		22	40804089	RX TORNOZELO	1				R\$ 31,90	R\$ 31,90

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
		24359025068	ROGERIO MAURICIO 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

pisou num buraco dor edema

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 119,90** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 24,13** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 152,31**

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



# Guia de Outras Despesas

**RAFAELLA DIAS NAGILDO**

**ADVENTISTA**

**896728**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

896728

**3 - Codigo na Operadora**

15116763000331

**4 - Nome do Contratado**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
4	24/03/2023	15:07	15:07	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	24/03/2023	15:07	15:07	19	70034680	2	0	R\$ 1,19	R\$ 2,38
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	24/03/2023	15:07	15:07	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	24/03/2023	15:07	15:07	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	24/03/2023	15:07	15:07	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 24,13	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 32,41

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



895433

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **895433**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **895433**

14/03/2023 15:28

AT: 895433  
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 **10634098** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **THIAGO CRESPO PINHO** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **14/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - EPIFISIOLSE DISTAL 5º MTTE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30729149	FRATURA E OU LUXACAO DO PE (EXCETO ANTEPE) - RED INCRUENTA	1	1
22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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\$)
14/03/2023	13:11		22	30729149	FRATURA E OU LUXACAO DO PE (EX	1				R\$ 50,00	R\$ 50,00
14/03/2023	15:53		22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1				R\$ 33,15	R\$ 33,15

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
		14897059020	LUIZ ANICET	6	5417	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 EDEMA TRAUMA NO FUTEBOL

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 83,15** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 50,35** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 150,52**

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



896347

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **896347**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **896347**

21/03/2023 18:14

AT: 896347  
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 **10634098** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **THIAGO CRESPO PINHO** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **21/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - EPIFISIOLSE DISTAL 5º MTTE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>MEMBRO SUPERIOR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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>21/03/2023</b>	<b>18:14</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>21/03/2023</b>	<b>17:20</b>		<b>22</b>	<b>30711037</b>	<b>MEMBRO SUPERIOR</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</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>14897059020</b>	<b>LUIZ ANICET</b>	<b>6</b>	<b>5417</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  
**DOR EM TTO RETIRADA TALA EDEMA**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 88,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 50,35** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 155,37**

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



897020

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **897020**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **897020**

27/03/2023 18:14

AT: 897020  
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 **10634098** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **THIAGO CRESPO PINHO** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **15116763000331** 14 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **5417** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUIZ ANICET / 5417**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **27/03/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - EPIFISIOLSE DISTAL 5º MTTE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **15116763000331** 30 - Nome do Contratado **INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.** 31 - Código CNES **2228939**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **05** 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>27/03/2023</b>	<b>18:51</b>		<b>22</b>	<b>40804097</b>	<b>RX PE OU PODODACTILO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 33,15</b>	<b>R\$ 33,15</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>14897059020</b>	<b>LUIZ ANICET</b>	<b>6</b>	<b>5417</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

**DOR EM TTO MANTER ORTESE**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 33,15** 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\$ 33,15**

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

# Guia de Outras Despesas

**THIAGO CRESPO PINHO**

**ADVENTISTA**

**895433**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**895433**

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	14/03/2023	15:28	15:28	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	14/03/2023	15:28	15:28	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	14/03/2023	15:28	15:28	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	14/03/2023	15:28	15:28	0	0000162124	2	0	R\$ 15,44	R\$ 30,88
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15CM									
3	14/03/2023	15:28	15:28	19	70034680	1	0	R\$ 1,19	R\$ 1,19
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	14/03/2023	15:28	15:28	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									

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\$ 50,35	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 67,37

# Guia de Outras Despesas

**THIAGO CRESPO PINHO**

ADVENTISTA

**896347**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**896347**

**3 - Codigo na Operadora**

**4 - Nome do Contratado**

15116763000331

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.

**5 - Codigo CNES**

2228939

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	21/03/2023	18:14	18:14	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	21/03/2023	18:14	18:14	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	21/03/2023	18:14	18:14	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	21/03/2023	18:14	18:14	0	0000162124	2	0	R\$ 15,44	R\$ 30,88
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15CM									
3	21/03/2023	18:14	18:14	19	70034680	1	0	R\$ 1,19	R\$ 1,19
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	21/03/2023	18:14	18:14	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									

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\$ 50,35	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 67,37