

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



902440

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **902440**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **902440**

17/05/2023 12:17

AT: 902440  
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 **17/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Escoliose dorsal**

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>40802035</b>	<b>RX COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS</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>17/05/2023</b>	<b>12:17</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>17/05/2023</b>	<b>12:27</b>		<b>22</b>	<b>40802035</b>	<b>RX COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCI</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 37,31</b>	<b>R\$ 37,31</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

**Dor dorsal.**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 117,31** 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\$ 117,31**

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



901480

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **901480**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **901480**

08/05/2023 18:48

AT: 901480  
US: SANDRA  
Idade: 11

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10635835** 9 - Validade da Carteira **29/05/2023** 10 - Nome **DOUGLAS SANTOS 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 **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 **08/05/2023** 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>30711029</b>	<b>MEMBRO INFERIOR</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>08/05/2023</b>	<b>18:48</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>08/05/2023</b>	<b>17:43</b>		<b>22</b>	<b>30711029</b>	<b>MEMBRO INFERIOR</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 16,00</b>	<b>R\$ 16,00</b>
<b>08/05/2023</b>	<b>19:15</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>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  
**torção tornozelo e no futebol edema**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 127,90** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (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\$ 195,27**

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

# Guia de Outras Despesas

**DOUGLAS SANTOS FERREIRA**

**ADVENTISTA**

**901480**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**901480**

**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	08/05/2023	18:48	18:48	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									
3	08/05/2023	18:48	18:48	19	70034680	1	0	R\$ 1,19	R\$ 1,19
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	08/05/2023	18:48	18:48	0	0000162124	2	0	R\$ 15,44	R\$ 30,88
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15CM									
4	08/05/2023	18:48	18:48	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
4	08/05/2023	18:48	18:48	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	08/05/2023	18:48	18:48	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 50,35	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\$ 67,37
---	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

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



902598

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **902598**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **902598**

18/05/2023

11:44

AT: 902598  
US: SANDRA  
Idade: 11

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10635802** 9 - Validade da Carteira **18/05/2023** 10 - Nome **ISAQUE 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 **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 **18/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Entorse 5º QDE**

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>TALA ZIMMER</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>18/05/2023</b>	<b>11:44</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>18/05/2023</b>	<b>12:01</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>TALA ZIMMER</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 8,00</b>	<b>R\$ 8,00</b>
<b>18/05/2023</b>	<b>11:47</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  
**Trauma dedo mão E**

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

**ISAQUE MATTOS PEREIRA**

**ADVENTISTA**

**902598**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**902598**

**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	18/05/2023	11:44	11:44	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									
4	18/05/2023	11:44	11:44	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	18/05/2023	11:44	11:44	19	70852600	360	0	R\$ 0,02	R\$ 7,20
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	18/05/2023	11:44	11:44	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	18/05/2023	11:44	11:44	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,12
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
3	18/05/2023	11:44	11:44	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									

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



902663

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **902663**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **902663**

18/05/2023 18:16

AT: 902663  
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 **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 **18/05/2023** 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>
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>18/05/2023</b>	<b>18:16</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>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 EDEMA**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 80,00** 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\$ 80,00**

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

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



901130

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador 901130

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**901130**

**04/05/2023**      **16:14**

AT: 901130  
US: SANDRA  
Idade: 18

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  
**10633929**

9 - Validade da Carteira  
**27/05/2023**

10 - Nome  
**JOAO CARLOS SILVA GROSS**

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  
**04/05/2023**

23 - Indicação Clínica  
**0 - lesao ligamentar 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>30711029</b>	<b>MEMBRO INFERIOR</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>04/05/2023</b>	<b>16:14</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>04/05/2023</b>	<b>16:44</b>		<b>22</b>	<b>30711029</b>	<b>MEMBRO INFERIOR</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 16,00</b>	<b>R\$ 16,00</b>
<b>04/05/2023</b>	<b>16:20</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>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  
**torção no futebol dor edema**

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
**R\$ 127,90**

60 - Total de Taxas e Aluguéis (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\$ 238,13**

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**



901713

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 901713**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>901713</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

**10/05/2023**

**14:24**

AT: 901713  
US: SANDRA  
Idade: 18

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>10633929</b>	9 - Validade da Carteira <b>27/05/2023</b>	10 - Nome <b>JOAO CARLOS SILVA GROSS</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>10/05/2023</b>	23 - Indicação Clínica <b>0 - lesao ligamentar 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>10/05/2023</b>	<b>17:42</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  
**seguimento**

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



903321

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **903321**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **903321**

24/05/2023 14:34

AT: 903321  
US: SANDRA  
Idade: 18

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 **10633929** 9 - Validade da Carteira **27/05/2023** 10 - Nome **JOAO CARLOS SILVA GROSS** 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 **24/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - lesao ligamentar 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>
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>24/05/2023</b>	<b>14:34</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 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
**Dor**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 80,00** 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\$ 80,00**

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

# Guia de Outras Despesas

**JOAO CARLOS SILVA GROSS**

**ADVENTISTA**

**901130**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

901130

**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	04/05/2023	16:14	16:14	0	0000162125	2	0	R\$ 16,64	R\$ 33,28
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 20CM									
3	04/05/2023	16:14	16:14	19	70034729	3	0	R\$ 2,13	R\$ 6,39
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID 156.867									
3	04/05/2023	16:14	16:14	19	70852553	540	0	R\$ 0,07	R\$ 37,80
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									
4	04/05/2023	16:14	16:14	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	04/05/2023	16:14	16:14	0	0000162124	1	0	R\$ 15,44	R\$ 15,44
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15CM									
4	04/05/2023	16:14	16:14	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	04/05/2023	16:14	16:14	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									

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\$ 93,21	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 110,23

# Guia de Outras Despesas

**JOAO CARLOS SILVA GROSS**

**ADVENTISTA**

**901713**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

901713

**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	10/05/2023	14:24	14:24	19	70852553	180	0	R\$ 0,07	R\$ 12,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									
4	10/05/2023	14:24	14:24	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	10/05/2023	14:24	14:24	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									
4	10/05/2023	14:24	14:24	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	10/05/2023	14:24	14:24	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									

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



903758

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **903758**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **903758**

27/05/2023 18:26

AT: 903758  
US: SANDRA  
Idade: 11

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10634811** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **JOAO GABRIEL PEREIRA RUAS** 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 **ARIANE ISAIAS VEIGA DE CASTRO** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **46364** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **ARIANE ISAIAS VEIGA DE CASTRO / 46364**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **27/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - TRAUMA EM PÉ ESQ COM DOR LOCAL.**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	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\$)
27/05/2023	18:27		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
27/05/2023	18:32		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
		11279063726	ARIANE ISAIAS VEIGA DE CASTRO	6	46364	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 EM PÉ ESQ COM DOR LOCAL  
RX SEM EVID DE FX  
CDT**

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



903330

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **903330**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>903330</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

**24/05/2023**      **15:25**

AT: 903330  
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 <b>10635839</b>	9 - Validade da Carteira <b>24/05/2023</b>	10 - Nome <b>KAUAN VITOR SENNA MARQUES ROSA</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>LUIZ ANICET</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número do Conselho <b>5417</b>	18 - UF <b>43</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>LUIZ ANICET / 5417</b>
---	---	--	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>24/05/2023</b>	23 - Indicação Clínica <b>0 - FRAT EPIFISIOLISE FP 1ºQDE</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>30722403</b>	<b>TRAT 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>
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
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>24/05/2023</b>	<b>15:25</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>24/05/2023</b>	<b>16:22</b>		<b>22</b>	<b>30722403</b>	<b>TRAT CONSERVADOR+TALA GESSADA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 24,00</b>	<b>R\$ 24,00</b>
<b>24/05/2023</b>	<b>15:51</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>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 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____
5 - ____/____/____	6 - ____/____/____
7 - ____/____/____	8 - ____/____/____
9 - ____/____/____	10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

**DOR EDEMA TRAUMA DIRETO.**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 135,90</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>R\$ 17,02</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>R\$ 64,43</b>	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) <b>R\$ 217,35</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



904143

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **904143**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **904143**

31/05/2023 14:58

AT: 904143  
US: SANDRA  
Idade: 13

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10635839** 9 - Validade da Carteira **24/05/2023** 10 - Nome **KAUAN VITOR SENNA MARQUES ROSA** 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 **31/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - FRAT EPIFISIOLISE FP 1ºQDE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>ESPICA</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>31/05/2023</b>	<b>15:17</b>		<b>22</b>	<b>30711010</b>	<b>ESPICA</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>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**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 8,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 11,17** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 27,45**

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

# Guia de Outras Despesas

**KAUAN VITOR SENNA MARQUES ROSA**

**ADVENTISTA**

**903330**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**903330**

**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	24/05/2023	15:25	15:25	0	0000162122	2	0	R\$ 11,87	R\$ 23,74
16-Descrição ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM									
3	24/05/2023	15:25	15:25	19	70034680	3	0	R\$ 1,19	R\$ 3,57
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	24/05/2023	15:25	15:25	19	78988837	3	0	R\$ 7,15	R\$ 21,45
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									
3	24/05/2023	15:25	15:25	0	0000162121	1	0	R\$ 10,03	R\$ 10,03
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10CM									
3	24/05/2023	15:25	15:25	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	24/05/2023	15:25	15:25	18	60022256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
4	24/05/2023	15:25	15:25	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	24/05/2023	15:25	15:25	19	70799172	4	0	R\$ 0,06	R\$ 0,24
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									

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 Outras Despesas

**KAUAN VITOR SENNA MARQUES ROSA**

**ADVENTISTA**

**904143**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

904143

**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	31/05/2023	14:58	14:58	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	31/05/2023	14:58	14:58	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	31/05/2023	14:58	14:58	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	31/05/2023	14:58	14:58	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	31/05/2023	14:58	14:58	19	70799172	6	0	R\$ 0,06	R\$ 0,36
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
3	31/05/2023	14:58	14:58	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									

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\$ 11,17	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 19,45

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



900915

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **900915**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **900915**

03/05/2023

08:27

AT: 900915  
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 **10633907** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **MARIA LUIZA RODDA DUTRA** 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 **JOSE R S MOTTINI** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **4987** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **JOSE R S MOTTINI / 4987**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **1** 22 - Data da Solicitação **03/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Luxação aguda patela E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	40804054	RX JOELHO	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\$)
03/05/2023	08:27		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
03/05/2023	08:41		22	40804054	RX JOELHO	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
		08350221020	JOSE R S MOTTINI	6	4987	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 RX controle + fratura -arrancamento da faceta medial da patela . Fisiot . Derrame pequeno Manter Brace**

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



903369

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **903369**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **903369**

**24/05/2023** **18:19**

AT: 903369  
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 **10633973** 9 - Validade da Carteira **24/05/2023** 10 - Nome **MATHEUS CARDOSO RAMOS** 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 **24/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - fratura hallux d**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>30729165</b>	<b>CONSERVADOR IMOB</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<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>
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>24/05/2023</b>	<b>18:44</b>		<b>22</b>	<b>30729165</b>	<b>CONSERVADOR IMOB</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 42,00</b>	<b>R\$ 42,00</b>
<b>24/05/2023</b>	<b>18:19</b>		<b>22</b>	<b>10101012</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 80,00</b>	<b>R\$ 80,00</b>
<b>24/05/2023</b>	<b>18:33</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>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 pe d**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 155,15** 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\$ 194,31**

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**



904185

**ADVENTISTA - PADRAO**

**2 - N° Guia no Prestador 904185**

1 - Registro ANS <b>999999</b>	3 - Número da Guia <b>904185</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

**31/05/2023**

**18:35**

AT: 904185  
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>10633973</b>	9 - Validade da Carteira <b>24/05/2023</b>	10 - Nome <b>MATHEUS CARDOSO RAMOS</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>31/05/2023</b>	23 - Indicação Clínica <b>0 - fratura hallux d</b>
---	---	---

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 <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>31/05/2023</b>	<b>18:40</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>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 pe d**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>R\$ 33,15</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\$ 33,15</b>
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

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

# Guia de Outras Despesas

**MATHEUS CARDOSO RAMOS**

**ADVENTISTA**

**903369**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**903369**

**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	24/05/2023	18:19	18:19	19	70852553	180	0	R\$ 0,07	R\$ 12,60
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508									

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	24/05/2023	18:19	18:19	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição									
TX. SALA CONSULTORIO									

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	24/05/2023	18:19	18:19	19	70852596	2	0	R\$ 8,99	R\$ 17,98
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 173.765									

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	24/05/2023	18:19	18:19	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição									
TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									

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	24/05/2023	18:19	18:19	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição									
ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									

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



902952

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **902952**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **902952**

22/05/2023 12:18

AT: 902952  
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 **10635792** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **NATA 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 **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 **22/05/2023** 23 - Indicação Clínica **0 - Contusão hallux D**

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	40804097	RX PE OU PODODACTILO	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\$)
22/05/2023	12:19		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
22/05/2023	17:28		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00
22/05/2023	12:34		22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1				R\$ 33,15	R\$ 33,15

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
		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  
**Trauma dedo pe D**

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 121,15** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 8,28** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 5,71** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 135,14**

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

# Guia de Outras Despesas

**NATA MATTOS PEREIRA**

**ADVENTISTA**

**902952**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

902952

**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	22/05/2023	12:18	12:18	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	22/05/2023	12:18	12:18	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	22/05/2023	12:18	12:18	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	22/05/2023	12:18	12:18	19	70799172	5	0	R\$ 0,06	R\$ 0,30
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
3	22/05/2023	12:18	12:18	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									

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\$ 5,71	R\$ 8,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 13,99