

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



16426

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 16426

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 16426

08/11/2024 13:53

AT: 16426
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 8758108 9 - Validade da Carteira 08/11/2024 10 - Nome DAVI RAMOS MAGNO HENRIQUES 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 08/11/2024 23 - Indicação Clínica 0 - LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30728134	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -	1	1
22	40804097	PE OU PODODACTILO	1	1
22	40804089	TORNOZELO	1	1
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
08/11/2024	13:54		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
08/11/2024	10:01		22	30728134	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00
08/11/2024	14:13		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51
08/11/2024	14:13		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,11	R\$ 40,11

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

TRAUMA TORNOZELO

0 - LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 273,62 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 47,93 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 321,55

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



16640

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 16640

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
16640

12/11/2024

08:02

AT: 16640
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
8758108

9 - Validade da Carteira
08/11/2024

10 - Nome
DAVI RAMOS MAGNO HENRIQUES

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
15116763000412

14 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
40026

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES / 40026

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/11/2024

23 - Indicação Clínica
S934 - Entorse e distensao do tornozelo

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

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
15116763000412

30 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

31 - Código CNES
4115449

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
13

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
12/11/2024	08:02		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		01645229050	ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES	6	40026	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ____/____/____

2 - ____/____/____

3 - ____/____/____

4 - ____/____/____

5 - ____/____/____

6 - ____/____/____

7 - ____/____/____

8 - ____/____/____

9 - ____/____/____

10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa
**ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO SEMANA PASSDA
ATENDIDO NO PS E ENCAMINHADO
BEM MELHOR DA DOR HOJE**

59 - Total de Procedimentos (R\$)

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

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
SEM DOR TOPOGRAFIA DOS LIGAMENTOS COLATERAIS LATERAIS

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Guia de Outras Despesas

DAVI RAMOS MAGNO HENRIQUES

AMA ADVENTISTA

16426

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

16426

3 - Codigo na Operadora

4 - Nome do Contratado

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES

4115449

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	08/11/2024	13:53	13:53	0	0000313151	180	0	R\$ 0,15	R\$ 27,54
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	08/11/2024	13:53	13:53	19	79215319	5	0	R\$ 0,04	R\$ 0,18
16-Descrição									
ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	08/11/2024	13:53	13:53	0	0000090212	2	0	R\$ 10,11	R\$ 20,21
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									

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

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



16415

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 16415

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 16415

08/11/2024 12:13

AT: 16415
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 8758235 9 - Validade da Carteira 08/11/2024 10 - Nome HELENA ANDRADE VEIGA 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 37373 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK / 37373

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 08/11/2024 23 - Indicação Clínica M796 - Dor em membro

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
22	30711037	TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
08/11/2024	12:13		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
08/11/2024	10:03		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
08/11/2024	13:47		22	30711037	TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

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
		01773010077	FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK	6	37373	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 PUNHO E. DOR LOCAL

AO EXAME
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
SEM DEFORMIDADES PALPAVEIS LOCAL R\$ 95,07 R\$ 216,07

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

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



16758

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 16758

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
16758

13/11/2024

14:04

AT: 16758
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
8758235

9 - Validade da Carteira
08/11/2024

10 - Nome
HELENA ANDRADE VEIGA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
15116763000412

14 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
16399

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO / 16399

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
13/11/2024

23 - Indicação Clínica
S525 - Fratura da extremidade distal do radio

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

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
15116763000412

30 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

31 - Código CNES
4115449

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
13

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
13/11/2024	14:04		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		43145639072	ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO	6	16399	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ____/____/____

2 - ____/____/____

3 - ____/____/____

4 - ____/____/____

5 - ____/____/____

6 - ____/____/____

7 - ____/____/____

8 - ____/____/____

9 - ____/____/____

10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa
FRATURA FISARIA RADIO DISTAL E

POUCA MOBILIDADE NOS DEDOS S525 - Fratura da extremidade distal do radio

59 - Total de Procedimentos (R\$)
R\$ 100,00

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\$ 100,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Guia de Outras Despesas

HELENA ANDRADE VEIGA

AMA ADVENTISTA

16415

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

16415

3 - Codigo na Operadora

4 - Nome do Contratado

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES

4115449

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	08/11/2024	12:13	12:13	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	08/11/2024	12:13	12:13	19	70034664	3	0	R\$ 6,02	R\$ 18,06
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID									
3	08/11/2024	12:13	12:13	0	00162121	3	0	R\$ 12,21	R\$ 36,64
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM									
3	08/11/2024	12:13	12:13	19	70034362	3	0	R\$ 5,47	R\$ 16,42
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	08/11/2024	12:13	12:13	19	79215319	4	0	R\$ 0,04	R\$ 0,14
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	08/11/2024	12:13	12:13	19	79215319	10	0	R\$ 0,04	R\$ 0,36
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	08/11/2024	12:13	12:13	0	0000090212	2	0	R\$ 10,11	R\$ 20,21
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									

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\$ 95,07	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 95,07

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



15893

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 15893

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 15893	01/11/2024	10:59	AT: 15893 US: SANDRA Idade: 10	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora		

8 - Número da Carteira 8758195		9 - Validade da Carteira 01/11/2024	10 - Nome LORENZO NEVES FRAGA REINHEIMER	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	---	-------------------------------	----------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37941	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante RUY MARANHÃO / 37941
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2			22 - Data da Solicitação 01/11/2024	23 - Indicação Clínica S92 - Fratura do pe (exceto do tornozelo)	
----------------------------------	--	--	--	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30729149	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - REDUCAO INCRUENTA	1	1
22	40804097	PE OU PODODACTILO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

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

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\$)
01/11/2024	11:00		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
01/11/2024	11:56		22	30729149	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (E	1				R\$ 67,00	R\$ 67,00
01/11/2024	11:17		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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
		84659521320	RUY MARANHÃO	6	37941	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa
EM TTO CONSERVADOR DE FT BASE DO 5*MTT ESQ HA 15 DIAS
EF: EDEMA2+,HEMATOMA EM ABSORÇÃO
DOR A PALP

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 206,51	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 99,28	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 307,79
---	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização MANTER ROBOCOT POR 2 SEMANAS RET PARA RX OU PRECOCE SOS	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

LORENZO NEVES FRAGA REINHEIMER

AMA ADVENTISTA

15893

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

15893

3 - Codigo na Operadora

15116763000412

4 - Nome do Contratado

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES

4115449

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

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	01/11/2024	10:59	10:59	19	70034680	2	0	R\$ 3,03	R\$ 6,07
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID									
3	01/11/2024	10:59	10:59	0	00162121	2	0	R\$ 12,21	R\$ 24,43
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM									
3	01/11/2024	10:59	10:59	0	00162125	1	0	R\$ 30,98	R\$ 30,98
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 20 CM									
3	01/11/2024	10:59	10:59	0	00162124	2	0	R\$ 17,78	R\$ 35,55
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM									
3	01/11/2024	10:59	10:59	0	0005395102	50	0	R\$ 0,05	R\$ 2,25
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 10CMX25MT									

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\$ 99,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 99,28

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



17136

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 17136

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
17136

19/11/2024

14:09

AT: 17136
US: SANDRA
Idade: 7

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
8758324

9 - Validade da Carteira
19/11/2024

10 - Nome
PEDRO GUSTAVO HIPPLER

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
15116763000412

14 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
40026

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES / 40026

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
19/11/2024

23 - Indicação Clínica
S800 - Contusao do joelho

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30726174	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - REDUÇÃO INCRUENTA	1	1
22	40804054	JOELHO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
15116763000412

30 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

31 - Código CNES
4115449

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
19/11/2024	14:09		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
19/11/2024	10:43		22	30726174	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - R	1				R\$ 67,00	R\$ 67,00
19/11/2024	14:22		22	40804054	JOELHO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51

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
		01645229050	ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES	6	40026	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 JOELHO DIREITO DOR EF

59 - Pagamento Próximo
R\$ 208,51

60 - Total de Materiais (R\$)

61 - Total de OPME (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total de Gases Medicinais (R\$)

64 - Total Geral (R\$)
R\$ 208,51

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

S800 - Contusao do joelho