

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



977801

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **977801**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **977801**

31/03/2025 **13:29**

AT: 977801
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 **10636030** 9 - Validade da Carteira **31/03/2025** 10 - Nome **ALAN OLIVEIRA SILVA** 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 **31/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - DISTENSAO MUSCULAR COXA D**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	40804046	RX FEMUR (COXA)	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 **23** 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\$)
31/03/2025	13:29		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
31/03/2025	13:48		22	40804046	RX FEMUR (COXA)	1				R\$ 36,27	R\$ 36,27

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
DOR AGUDA COXA D EM JOGO DE

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 116,27** 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\$ 116,27**

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



976964

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **976964**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **976964**

24/03/2025 17:22

AT: 976964
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 **10636675** 9 - Validade da Carteira **24/03/2025** 10 - Nome **ANA ALICE TEIXEIRA SILVA** 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 **24/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - ENTORSE DO 4 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
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 **23** 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\$)
24/03/2025	17:22		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
24/03/2025	14:29		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00
24/03/2025	17:33		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 VOLEI 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

ANA ALICE TEIXEIRA SILVA

ADVENTISTA

976964

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

976964

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	24/03/2025	17:22	17:22	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									
4	24/03/2025	17:22	17:22	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	24/03/2025	17:22	17:22	19	70852600	360	0	R\$ 0,02	R\$ 7,20
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	24/03/2025	17:22	17:22	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	24/03/2025	17:22	17:22	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,12
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
3	24/03/2025	17:22	17:22	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



974497

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **974497**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **974497**

05/03/2025 17:31

AT: 974497
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 **10634687** 9 - Validade da Carteira **27/02/2025** 10 - Nome **ARTHUR HENRIQUE TURELLA VALDEZ** 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 **05/03/2025** 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
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\$)
05/03/2025	17:31		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00

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



977285

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **977285**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **977285**

26/03/2025 16:00

AT: 977285
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 **10635070** 9 - Validade da Carteira **26/03/2025** 10 - Nome **ARTHUR MORAIS NUNES** 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 **26/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - ENTORSE TORNOZELO E**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	40804089	RX TORNOZELO	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 **23** 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\$)
26/03/2025	16:00		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
26/03/2025	16:10		22	40804089	RX TORNOZELO	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 EDEMA APOS TORÇAO

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



974450

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **974450**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **974450**

05/03/2025 **14:29**

AT: 974450
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 **10634856** 9 - Validade da Carteira **10/06/2025** 10 - Nome **BRUNO DUTRA SENA** 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 **05/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - Entorse punho E EPIFISIOLISE**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	30712092	LUVA	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\$)
05/03/2025	14:29		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
05/03/2025	09:52		22	30712092	LUVA	1				R\$ 16,00	R\$ 16,00

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\$ 96,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 17,02** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 64,40** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 177,42**

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**



976507

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador 976507

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 976507
-----------------------------------	-------------------------------------

20/03/2025 16:33

AT: 976507
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 10634856	9 - Validade da Carteira 10/06/2025	10 - Nome BRUNO DUTRA SENA	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 20/03/2025	23 - Indicação Clínica 0 - Entorse punho E EPIFISIOLISE
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	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 23	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\$)
20/03/2025	16:33		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
20/03/2025	17:10		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
		14897059020	LUIZ ANICET	6	5417	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa
DOR EM TTO RETIRADO GESSO FRAT CONSOLIDADA

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 113,78	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\$ 113,78
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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

Guia de Outras Despesas

BRUNO DUTRA SENA

ADVENTISTA

974450

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

974450

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\$
4	05/03/2025	14:29	14:29	18	6002256	1	0	R\$ 12,42	R\$ 12,42
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
3	05/03/2025	14:29	14:29	0	0000162122	2	0	R\$ 11,87	R\$ 23,74
16-Descrição ATADURA GESSADA RAPIDA 12CM									
3	05/03/2025	14:29	14:29	19	70034680	2	0	R\$ 1,19	R\$ 2,38
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	05/03/2025	14:29	14:29	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 5,40
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO) 198.461									
4	05/03/2025	14:29	14:29	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
3	05/03/2025	14:29	14:29	0	0000162124	2	0	R\$ 15,44	R\$ 30,88
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15CM									
3	05/03/2025	14:29	14:29	19	70861900	50	0	R\$ 0,04	R\$ 2,00
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 08CMX25MT F08150									

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\$ 64,40	R\$ 17,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 81,42

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



977053

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **977053**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **977053**

25/03/2025 10:50

AT: 977053
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 **10633674** 9 - Validade da Carteira **25/03/2025** 10 - Nome **DAVI BORBA TEIXEIRA** 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 **25/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - Entorse 1º 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
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 **23** 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\$)
25/03/2025	10:51		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
25/03/2025	14:32		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00
25/03/2025	12:06		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
		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 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\$ 12,51** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 140,69**

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

Guia de Outras Despesas

DAVI BORBA TEIXEIRA

ADVENTISTA

977053

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

977053

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	25/03/2025	10:50	10:50	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									
3	25/03/2025	10:50	10:50	19	70034362	1	0	R\$ 6,08	R\$ 6,08
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	25/03/2025	10:50	10:50	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	25/03/2025	10:50	10:50	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	25/03/2025	10:50	10:50	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	25/03/2025	10:50	10:50	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,15
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
3	25/03/2025	10:50	10:50	0	06260041	1	0	R\$ 0,01	R\$ 0,01
16-Descrição ÁLCOOL IODADO									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 12,51	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\$ 20,79
---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

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



975894

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **975894**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **975894**

17/03/2025 12:34

AT: 975894
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 **10632915** 9 - Validade da Carteira **17/03/2025** 10 - Nome **EDUARDA RIBEIRO 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 **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 **17/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - Entorse 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
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 **23** 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\$)
17/03/2025	12:34		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
17/03/2025	14:28		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QU	1				R\$ 8,00	R\$ 8,00
17/03/2025	13:08		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
		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 mão D

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 119,90** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (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\$ 140,69**

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

Guia de Outras Despesas

EDUARDA RIBEIRO ROSA

ADVENTISTA

975894

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

975894

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	17/03/2025	12:34	12:34	0	05800259	1	0	R\$ 2,67	R\$ 2,67
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									
3	17/03/2025	12:34	12:34	19	70034362	1	0	R\$ 6,08	R\$ 6,08
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	17/03/2025	12:34	12:34	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,60
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	17/03/2025	12:34	12:34	18	60023384	1	0	R\$ 4,60	R\$ 4,60
16-Descrição TX. SALA CONSULTORIO									
4	17/03/2025	12:34	12:34	18	60022264	1	0	R\$ 3,68	R\$ 3,68
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	17/03/2025	12:34	12:34	19	70799172	2	0	R\$ 0,06	R\$ 0,15
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
3	17/03/2025	12:34	12:34	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\$ 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



976429

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **976429**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 976429
-----------------------------------	-------------------------------------

20/03/2025 **10:36**

AT: 976429
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 10635275	9 - Validade da Carteira 30/12/2025	10 - Nome IGOR CASSOL TIEPPO	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 BERNARDO ROCHA GARCIA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 48970	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante BERNARDO ROCHA GARCIA / 48970
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 20/03/2025	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
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\$)
20/03/2025	10:43		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00

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
		02110573040	BERNARDO ROCHA GARCIA	6	48970	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa
**ENTORSE TORNOZELO DIREITO
REFERE ENTORSE DE REPETICAO
AINDA NAO INICIOU FISIO**

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



976270

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **976270**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **976270**

19/03/2025

14:02

AT: 976270
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 **10636507** 9 - Validade da Carteira **19/03/2025** 10 - Nome **ISABELLA TURELLA SELLI** 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 **19/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - DISTENSAO MUSCULAR QUADRIL D**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
22	40804038	RX QUADRIL - ARTICULACAO COXOFEMORAL	2	2
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 **23** 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\$)
19/03/2025	14:02		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00
19/03/2025	14:13		22	40804038	RX QUADRIL - ARTICULACAO COXOF	2				R\$ 35,23	R\$ 70,46

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 QUADRIL D PATRICK-

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 150,46** 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\$ 150,46**

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



974722

ADVENTISTA - PADRAO

2 - N° Guia no Prestador **974722**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **974722**

06/03/2025 18:50

AT: 974722
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 **10635264** 9 - Validade da Carteira **01/03/2025** 10 - Nome **ISRAEL LESSA 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 **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 **06/03/2025** 23 - Indicação Clínica **0 - fratura falange 5 qde**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA	1	1
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\$)
06/03/2025	18:50		22	10101012	CONSULTA	1				R\$ 80,00	R\$ 80,00

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
		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
EM TTO ASSINTOMATICO

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