

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



27214

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 27214

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
27214

28/03/2025 **13:24**

AT: 27214
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
8757630

9 - Validade da Carteira
22/03/2024

10 - Nome
AMANDA NACHTIGAL LOPES

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
15116763000412

14 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
GUSTAVO LUZ ALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
28088

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
GUSTAVO LUZ ALVES / 28088

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/03/2025

23 - Indicação Clínica

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	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
15116763000412

30 - Nome do Contratado
TRAUMACLINICA LTDA

31 - Código CNES
4115449

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
28/03/2025	13:24		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
28/03/2025	09:01		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
28/03/2025	13:27		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____

2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa
TRAUMA MAO

59 - Total de Procedimentos (R\$)
R\$ 150,76

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)
R\$ 10,42

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)
R\$ 161,18

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Guia de Outras Despesas

AMANDA NACHTIGAL LOPES

AMA ADVENTISTA

27214

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

27214

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	28/03/2025	13:24	13:24	0	000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	28/03/2025	13:24	13:24	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	28/03/2025	13:24	13:24	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,09
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 10,42	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 10,42

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



25646

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **25646**

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
25646

14/03/2025

09:18

AT: 25646
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
8758239

9 - Validade da Carteira
14/03/2026

10 - Nome
JONAS GOUVEIA BRUNO

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
JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
28033

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
14/03/2025

23 - Indicação Clínica
0 - fratura luxação 2qde

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	31403026	BLOQUEIO DE NERVO PERIFRICO - BLOQUEIO DE NERVO PERIFRICO	1	1
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPANOS - REDUCAO INCRUENTA - Tala gessada Mão - Punho (Adulto)	1	1
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	3	3
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
6 -				

SANDRA
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
05

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\$)
14/03/2025	09:56		22	31403026	BLOQUEIO DE NERVO PERIFRICO -	1				R\$ 117,00	R\$ 117,00
14/03/2025	09:21		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
14/03/2025	09:56		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
14/03/2025	16:55		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	3				R\$ 10,50	R\$ 31,50
14/03/2025	16:57		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA
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
		60949660078	JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA	6	28033	43	0

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
truama mao esquerdo

0 - fratura luxação 2qde

59 - Total de Procedimentos (R\$)
R\$ 345,26

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

61 - Total de Materiais (R\$)
R\$ 187,82

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
R\$ 47,68

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)
R\$ 580,76

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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



26342

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 26342

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 26342

20/03/2025 16:11

AT: 26342
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 8758239 9 - Validade da Carteira 14/03/2026 10 - Nome JONAS GOUVEIA BRUNO 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 FABRICIO JAEGER ALMEIDA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 49162 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante FABRICIO JAEGER ALMEIDA / 49162

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 20/03/2025 23 - Indicação Clínica S626 - Fratura de outros dedos

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\$)
20/03/2025	16:12		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
		02556803096	FABRICIO JAEGER ALMEIDA	6	49162	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
FRATURA DA BASE DE FALANGE PROXIMAL DE 2 QDE

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



27073

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **27073**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **27073**

27/03/2025 **15:48**

AT: 27073
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 **8758239** 9 - Validade da Carteira **14/03/2026** 10 - Nome **JONAS GOUVEIA BRUNO** 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 **FABRICIO JAEGER ALMEIDA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **49162** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **FABRICIO JAEGER ALMEIDA / 49162**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **27/03/2025** 23 - Indicação Clínica **S626 - Fratura de outros dedos**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30711037	TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

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\$)
27/03/2025	15:48		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
27/03/2025	16:48		22	30711037	TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

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
		02556803096	FABRICIO JAEGER ALMEIDA	6	49162	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
fratura de base de falange proximal de 2qde vem com tc com fratura articular deslocada com tala

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 110,50** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 80,08** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 190,58**

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



27226

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **27226**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **27226**

28/03/2025 **13:46**

AT: 27226
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 **8758239** 9 - Validade da Carteira **14/03/2026** 10 - Nome **JONAS GOUVEIA BRUNO** 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 **LUCIANO URNAUER** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **25064** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **LUCIANO URNAUER / 25064**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **28/03/2025** 23 - Indicação Clínica **S626 - Fratura de outros dedos**

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\$)
28/03/2025	13:46		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
		77000374004	LUCIANO URNAUER	6	25064	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
FRATURA 2 QDE EM ACOMPANHAMENTO

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

JONAS GOUVEIA BRUNO

AMA ADVENTISTA

25646

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

25646

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	14/03/2025	09:18	09:18	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	70034680	3	0	R\$ 3,03	R\$ 9,10
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	78988675	540	0	R\$ 0,06	R\$ 34,02
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	14/03/2025	09:18	09:18	0	00162122	2	0	R\$ 10,68	R\$ 21,37
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM									
3	14/03/2025	09:18	09:18	0	00162121	1	0	R\$ 12,21	R\$ 12,21
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	79215319	4	0	R\$ 0,04	R\$ 0,14
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	14/03/2025	09:18	09:18	0	0000090212	1	0	R\$ 10,11	R\$ 10,11
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	14/03/2025	09:18	09:18	0	0000313151	360	0	R\$ 0,15	R\$ 55,08
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	70034729	2	0	R\$ 12,05	R\$ 24,10
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	79215319	20	0	R\$ 0,04	R\$ 0,72
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
2	14/03/2025	09:18	09:18	20	90048601	2	0	R\$ 1,04	R\$ 2,09
16-Descrição XYLESTESIN 2% C/VASO									

Guia de Outras Despesas

JONAS GOUVEIA BRUNO

AMA ADVENTISTA

25646

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

25646

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	14/03/2025	09:18	09:18	19	70849323	1	0	R\$ 1,63	R\$ 1,63
16-Descrição LUA CIRURGICA SANRO LIS C/PO ESTERIL NR.7,5(PAR)									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	79215319	6	0	R\$ 0,04	R\$ 0,22
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	70034362	1	0	R\$ 5,47	R\$ 5,47
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									
3	14/03/2025	09:18	09:18	20	90072294	75	0	R\$ 0,01	R\$ 0,68
16-Descrição SORO FISIOLÓGICO									
3	14/03/2025	09:18	09:18	19	70849323	1	0	R\$ 1,63	R\$ 1,63
16-Descrição LUA CIRURGICA SANRO LIS C/PO ESTERIL NR.7,5(PAR)									
2	14/03/2025	09:18	09:18	20	90388933	1	0	R\$ 45,59	R\$ 45,59
16-Descrição DIPROSPAN HYPAK 1SER.1ML									

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\$ 47,68	R\$ 187,82	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 235,50

Guia de Outras Despesas

JONAS GOUVEIA BRUNO

AMA ADVENTISTA

27073

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

27073

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	27/03/2025	15:48	15:48	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	27/03/2025	15:48	15:48	19	70034680	3	0	R\$ 3,03	R\$ 9,10
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID									
3	27/03/2025	15:48	15:48	19	78988675	540	0	R\$ 0,06	R\$ 34,02
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	27/03/2025	15:48	15:48	0	00162122	2	0	R\$ 10,68	R\$ 21,37
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM									
3	27/03/2025	15:48	15:48	0	00162121	1	0	R\$ 12,21	R\$ 12,21
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM									
3	27/03/2025	15:48	15:48	19	79215319	4	0	R\$ 0,04	R\$ 0,14
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 80,08	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 80,08

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



24391

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 24391

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 24391

24/02/2025 18:14

AT: 24391
US: SANDRA
Idade: 10

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758107 9 - Validade da Carteira 24/02/2026 10 - Nome RAFAELA SEVERGNINI NEGRETTO 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 JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número do Conselho 28033 18 - UF 43 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 24/02/2025 23 - Indicação Clínica 0 - LESAO LIG AG JOELHO ESQ

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30726115	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - REDUÇÃO INCRUENTA - Só Honorário Só Honorário	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

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\$)
24/02/2025	18:14		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
24/02/2025	18:52		22	30726115	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL	1				R\$ 67,00	R\$ 67,00

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
		60949660078	JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA	6	28033	43	0

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 JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL
0 - LESAO LIG AG JOELHO ESQ GESSO SINTETICO OU ACRILICO GESSO SINTETICO OU ACRILICO

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 167,00 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 240,00 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 407,00

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



24642

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 24642

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
24642

28/02/2025

09:59

AT: 24642
US: SANDRA
Idade: 10

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
8758107

9 - Validade da Carteira
24/02/2026

10 - Nome
RAFAELA SEVERGNINI NEGRETTO

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
JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
28033

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/02/2025

23 - Indicação Clínica
0 - LESAO LIG AG JOELHO ESQ

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\$)
28/02/2025	10:00		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
		60949660078	JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA	6	28033	43	0

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ____/____/____

2 - ____/____/____

3 - ____/____/____

4 - ____/____/____

5 - ____/____/____

6 - ____/____/____

7 - ____/____/____

8 - ____/____/____

9 - ____/____/____

10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa
dor joelho esq

0 - LESAO LIG AG JOELHO ESQ

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

RAFAELA SEVERGNINI NEGRETTO

AMA ADVENTISTA

24391

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

24391

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	24/02/2025	18:14	18:14	19	78224900	1	0	R\$ 240,00	R\$ 240,00
16-Descrição ESTABILIZADOR DE JOELHO									

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\$ 240,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 240,00