

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



31583

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 31583

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 31583

16/05/2025 10:01

AT: 31583  
US: SANDRA  
Idade: 18

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758186 9 - Validade da Carteira 16/05/2025 10 - Nome GUSTAVO NUNES DA ROSA 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 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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 16/05/2025 23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30712025	BOTA C/ OU S/ SALTO	1	1
22	10101039	CONSULTA (U)	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\$)
16/05/2025	10:06		22	30712025	BOTA C/ OU S/ SALTO	1				R\$ 21,00	R\$ 21,00
16/05/2025	10:02		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
16/05/2025	10:06		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51
16/05/2025	10:06		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
		84659521320	RUY MARANHÃO	6	37941	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  
CIA DA MAE  
CONTUSAO TNZ D HOJE  
EF: EDEMA+ SEM HEMATOMA

59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 231,55 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 434,17

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

NAO PISAR

# Guia de Outras Despesas

**GUSTAVO NUNES DA ROSA**

**AMA ADVENTISTA**

**31583**

**1 - Registro Ans**

999999

**2 - N° Guia Referencia**

31583

**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	16/05/2025	10:01	10:01	19	70034729	4	0	R\$ 12,05	R\$ 48,20
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID									
3	16/05/2025	10:01	10:01	0	00162122	2	0	R\$ 10,68	R\$ 21,37
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM									
3	16/05/2025	10:01	10:01	0	00162124	2	0	R\$ 17,78	R\$ 35,55
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM									
3	16/05/2025	10:01	10:01	0	00162125	4	0	R\$ 30,98	R\$ 123,91
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 20 CM									
3	16/05/2025	10:01	10:01	0	0005395101	70	0	R\$ 0,04	R\$ 2,52
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 08CMX25MT									

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\$ 231,55	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 231,55

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



31399

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 31399

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**31399**

**15/05/2025**      **10:56**

AT: 31399  
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  
**8757904**

9 - Validade da Carteira  
**15/05/2025**

10 - Nome  
**JEFFERSON GARCIA DA SILVA**

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  
**PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**46780**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA / 46780**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**15/05/2025**

23 - Indicação Clínica  
**S233 - Entorse e distensao da coluna toracica**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30601231</b>	<b>FRATURA LUXACAO DE ESTERNO OU COSTELA TRAT/REDINC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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\$)
<b>15/05/2025</b>	<b>10:57</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>15/05/2025</b>	<b>12:11</b>		<b>22</b>	<b>30601231</b>	<b>FRATURA LUXACAO DE ESTERNO OU</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 56,50</b>	<b>R\$ 56,50</b>

SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		<b>08147006918</b>	<b>PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA</b>	<b>6</b>	<b>46780</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa

**TRAUMA NO HEMITORAX ESQ HOJE NO COLÉGIO  
VEM POR DOR TORACICA À ESQUERDA  
SEM OUTRAS QUEIXAS**

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
**R\$ 156,50**

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\$ 156,50**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
**FORÇA PRESERVADA MMH  
DOR À PALPAÇÃO DE HEMITORAX ESQ, sem deformidades  
NV PRESERVADO**

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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



31414

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 31414

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**31414**

15/05/2025

14:21

AT: 31414  
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  
**15/05/2025**

23 - Indicação Clínica  
**S626 - Fratura de outros dedos**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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\$)
<b>15/05/2025</b>	<b>14:22</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		<b>02556803096</b>	<b>FABRICIO JAEGER ALMEIDA</b>	<b>6</b>	<b>49162</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa  
**PACIENTE RETORNA, AINDA NAO INICIOU FISIOTERAPIA POR PROBLEMAS DIVERSO  
FRATURA COM SINAIS AVANCAADO DE CONSOLIDACAO  
LIMITACAO NA FLEXAO IFP E IFP DISTAL POR QUEIXA DE DOR EM IFD**

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



32759

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 32759

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**32759**

30/05/2025

12:37

AT: 32759  
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  
**8.75.7366**

9 - Validade da Carteira  
**23/05/2026**

10 - Nome  
**LIVIA SILVA DE SOUZA**

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  
**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**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**30/05/2025**

23 - Indicação Clínica  
**S60 - Traumatismo superficial do punho e da mao**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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\$)
<b>30/05/2025</b>	<b>12:37</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		<b>84659521320</b>	<b>RUY MARANHÃO</b>	<b>6</b>	<b>37941</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa  
**CIA DA MAE  
REAVALIAR, NAO FEZ USO DE AINE  
EF: USO DE TALA ZIMMER  
RETIRO MELHORA DA SOR E EDMA  
DO QUE A PALP E MOBIL  
RUY NI**

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

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\$ 100,00**

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
**CD: RETIRO E ORIENTOS**

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

# Guia de Outras Despesas

**LIVIA SILVA DE SOUZA**

**AMA ADVENTISTA**

**32242**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**32242**

**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	23/05/2025	12:32	12:32	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	23/05/2025	12:32	12:32	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	23/05/2025	12:32	12:32	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
3	23/05/2025	12:32	12:32	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	23/05/2025	12:32	12:32	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	23/05/2025	12:32	12:32	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 19,58	20-Total Taxas Div. R\$ 0,00	21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00	22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	23-Total Geral R\$ R\$ 19,58
---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

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



30635

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 30635

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 30635

07/05/2025 17:08

AT: 30635  
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 8757381 9 - Validade da Carteira 30/04/2026 10 - Nome MARINA FERREIRA GUIMARAES 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 07/05/2025 23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mão

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
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\$)
07/05/2025	17:08		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
07/05/2025	11:39		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	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
		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 MAO ESQUERDA  
S62 - Fratura ao nível do punho e da mão

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 26,29 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 136,79

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



31372

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 31372

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 31372

14/05/2025 17:34

AT: 31372  
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 8757381 9 - Validade da Carteira 30/04/2026 10 - Nome MARINA FERREIRA GUIMARAES 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 14/05/2025 23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao

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
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\$)
14/05/2025	17:34		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
14/05/2025	07:49		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	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
		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  
dor  
S62 - Fratura ao nível do punho e da mao - RAFAEL

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 7,33 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) R\$ 117,83

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



32039

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 32039

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 32039

21/05/2025 17:30

AT: 32039  
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 8757381 9 - Validade da Carteira 30/04/2026 10 - Nome MARINA FERREIRA GUIMARAES 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 21/05/2025 23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao

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\$)
21/05/2025	17:31		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 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 3 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 5 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 7 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 9 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
2 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 6 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 8 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 10 - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
DOR MAO ESQ  
S62 - Fratura ao nível do punho e da mao

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

**MARINA FERREIRA GUIMARAES**

**AMA ADVENTISTA**

**30635**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**30635**

**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	07/05/2025	17:08	17:08	19	70034664	2	0	R\$ 6,02	R\$ 12,04
16-Descrição									
ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	07/05/2025	17:08	17:08	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
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	07/05/2025	17:08	17:08	19	70034362	2	0	R\$ 5,47	R\$ 10,94
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID									

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	07/05/2025	17:08	17:08	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,24
16-Descrição									
ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									

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\$ 26,29	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 26,29

# Guia de Outras Despesas

**MARINA FERREIRA GUIMARAES**

**AMA ADVENTISTA**

**31372**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

31372

**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	14/05/2025	17:34	17:34	0	0005800259	1	0	R\$ 2,40	R\$ 2,40
16-Descrição TALA METALICA									
3	14/05/2025	17:34	17:34	0	0000090209	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)									
3	14/05/2025	17:34	17:34	19	79215319	2	0	R\$ 0,04	R\$ 0,07
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\$ 7,33	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7,33

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



31239

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 31239

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**31239**

14/05/2025 07:39

AT: 31239  
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  
**8757932**

9 - Validade da Carteira  
**30/04/2026**

10 - Nome  
**RAYSSA GALIMBERTI FARIAS**

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  
**14/05/2025**

23 - Indicação Clínica  
**S526 - Fratura da extremidade distal do radio e do cubito [ulna]**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>30721180</b>	<b>FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO - REDUO INCRUENT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>40803112</b>	<b>PUNHO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
**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\$)
<b>14/05/2025</b>	<b>10:09</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>
<b>14/05/2025</b>	<b>15:06</b>		<b>22</b>	<b>30721180</b>	<b>FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 160,00</b>	<b>R\$ 160,00</b>
<b>14/05/2025</b>	<b>08:22</b>		<b>22</b>	<b>40803112</b>	<b>PUNHO</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 42,14</b>	<b>R\$ 42,14</b>

SANDRA  
SANDRA  
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		<b>77000374004</b>	<b>LUCIANO URNAUER</b>	<b>6</b>	<b>25064</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
**revisao de fratura do punho  
retiro tala e rx punho esq**

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
**R\$ 302,14**

60 - Total de Itens e Exames (R\$)  
**R\$ 85,00**

61 - Total de Medicamentos (R\$)  
**R\$ 85,00**

62 - Total de Gases Medicinais (R\$)  
**R\$ 85,00**

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)  
**R\$ 387,14**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ORIENTO A SOLICITAR AUTORIZAÇÃO ANTES DE VIR CONSULTAR.(RAFAEL)

# Guia de Outras Despesas

**RAYSSA GALIMBERTI FARIAS**

**AMA ADVENTISTA**

**31239**

**1 - Registro Ans**

**2 - N° Guia Referencia**

999999

**31239**

**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	14/05/2025	07:39	07:39	19	78350816	1	0	R\$ 85,00	R\$ 85,00
16-Descrição ORTESE COMFORT AIR SEM POLEGAR PUNHO									

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\$ 85,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 85,00

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



31371

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 31371

1 - Registro ANS  
**999999**

3 - Número da Guia  
**31371**

14/05/2025

17:27

AT: 31371  
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  
**8758506**

9 - Validade da Carteira  
**30/04/2026**

10 - Nome  
**YNAE DE SOUZA CARVALHO**

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  
**REMY FLORIANO STOLL**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número do Conselho  
**11310**

18 - UF  
**43**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**REMY FLORIANO STOLL / 11310**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**14/05/2025**

23 - Indicação Clínica  
**0 - FRATURA EPIFISIÓLISE DA BASE FALANGE MÉDIA DO 4° QUIRODÁCTILO MÃO DIREITA.**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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\$)
<b>14/05/2025</b>	<b>17:28</b>		<b>22</b>	<b>10101039</b>	<b>CONSULTA (U)</b>	<b>1</b>				<b>R\$ 100,00</b>	<b>R\$ 100,00</b>

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		<b>28988167015</b>	<b>REMY FLORIANO STOLL</b>	<b>6</b>	<b>11310</b>	<b>43</b>	<b>225270</b>

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

**SEGUIMENTO DE TRATAMENTO. MELHOR.**

**0 - FRATURA EPIFISIÓLISE DA BASE FALANGE MÉDIA DO 4° QUIRODÁCTILO MÃO DIREITA.**

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

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\$ 100,00**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado