

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



6447

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6447**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6447
-----------------------------------	-----------------------------------

26/03/2024

09:45

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

AT: 6447
US: SANDRA
Idade: 14

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
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 40026	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES / 40026
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/03/2024	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
---	---	--

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

SANDRA

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

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
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

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\$)
26/03/2024	09:45		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 01645229050	51 - Nome do Profissional ADDLLER OLIVEIRA FAGUNDES	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 40026	54 - UF 43	55 - Código CBO 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 22/03/24 HOJE AINDA COM LEVE DOR EF

59 - Total de Honorários (R\$) DAVETA ANTERIOR NEGATIVA DO LADO DA PALPAÇÃO GOTEIRA ANTERO-LATERAL SEM EDEMA IMPORTANTE RX	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
---	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

AMANDA NACHTIGAL LOPES

AMA ADVENTISTA

6380

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6380
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 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 13:49	9-Hora Final 13:49	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034729	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 13,39	15-Valor Total - R\$ R\$ 40,17										
16-Descrição																			
ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT 12UNID																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 13:49	9-Hora Final 13:49	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000313151	12-Qtde 540	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,17	15-Valor Total - R\$ R\$ 91,80										
16-Descrição																			
ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 13:49	9-Hora Final 13:49	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162125	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 34,42	15-Valor Total - R\$ R\$ 68,84										
16-Descrição																			
ATADURA GESSADA CYSNE 20 CM																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 13:49	9-Hora Final 13:49	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162124	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 19,75	15-Valor Total - R\$ R\$ 19,75										
16-Descrição																			
ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 13:49	9-Hora Final 13:49	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,20										
16-Descrição																			
ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT																			

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



6495

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 6495

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6495
----------------------------	----------------------------

27/03/2024

08:07

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

AT: 6495
US: SANDRA
Idade: 6

8 - Número da Carteira 8758044	9 - Validade da Carteira 27/03/2024	10 - Nome ANANDA CHERUBINI NUNES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante 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
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/03/2024	23 - Indicação Clínica S609 - Traumatismo superficial nao especificado do punho e da mao
----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
00	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

SANDRA

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

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
--------------------------------	--	----------------------------	--

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\$)
27/03/2024	08:09		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
27/03/2024	08:21		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

SANDRA

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 02556803096	51 - Nome do Profissional FABRICIO JAEGER ALMEIDA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 49162	54 - UF 43	55 - Código CBO 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 PACIENTE VEM ACOMPANHADA DA MAE POR TRAUMNA EM 5QDE APOS SER PRENSADO NA PORTA DA ESCOLA ONTEM.
--

ADM PRESERVADO	59 - Total de Honorários (R\$)	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\$ 140,26
----------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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

S609 - Traumatismo superficial nao especificado do punho e da mao

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



6533

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6533**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6533
-----------------------------------	-----------------------------------

28/03/2024

09:53

AT: 6533
US: SANDRA
Idade: 15

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8757928	9 - Validade da Carteira 28/03/2024	10 - Nome ELIOM LUZ ADAMATTI BISOTTO	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 28/03/2024	23 - Indicação Clínica S929 - Fratura do pe nao especificada
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30729165	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - REDUCAO INCRUEN	1	1
00	40804097	PE OU PODODACTILO	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\$)
28/03/2024	09:53		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
28/03/2024	11:30		22	30729165	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTE	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50
28/03/2024	10:55		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

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

PACIENTE VEM POR QUEIXA DE DOR EM HALUX DIREITO APOS TRAUMA NO FUTEBOL HOJE.

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 198,01	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) R\$ 198,01	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 198,01	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 203,61
--	---	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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

Codigo de Despesas Realizadas		CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis									
6-CD 3	7-Data 28/03/2024	8-Hora de Inicio 09:53	9-Hora Final 09:53	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852561	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO)											
6-CD 3	7-Data 28/03/2024	8-Hora de Inicio 09:53	9-Hora Final 09:53	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,20		
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\$ 5,60		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\$ 5,60

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



6398

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 6398

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6398
----------------------------	----------------------------

22/03/2024

16:17

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

AT: 6398
US: SANDRA
Idade: 16

8 - Número da Carteira 8756939	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome EMILY CAROL PEREIRA FAGUNDES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante 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
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/03/2024	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30728134	LESOES LIG. AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRAT. I	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

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

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
--------------------------------	--	----------------------------	--

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
22/03/2024	16:18		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
22/03/2024	16:58		22	30728134	LESOES LIG. AGUDAS AO NIVEL DO	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00

SANDRA
SANDRA

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

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 192,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 53,26	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 245,26
---	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis																	
6-CD 3		7-Data 22/03/2024		8-Hora de Inicio 16:17		9-Hora Final 16:17		10-Tabela 0		11-Código do Item 0000313151		12-Qtde 180		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,17		15-Valor Total - R\$ R\$ 30,60									
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)																											
6-CD 3		7-Data 22/03/2024		8-Hora de Inicio 16:17		9-Hora Final 16:17		10-Tabela 0		11-Código do Item 0000090212		12-Qtde 2		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitário - R\$ R\$ 11,23		15-Valor Total - R\$ R\$ 22,46									
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																											
6-CD 3		7-Data 22/03/2024		8-Hora de Inicio 16:17		9-Hora Final 16:17		10-Tabela 19		11-Código do Item 79215319		12-Qtde 5		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04		15-Valor Total - R\$ R\$ 0,20									
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\$ 53,26				R\$ 0,00				R\$ 0,00				R\$ 0,00				R\$ 53,26			

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



5713

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **5713**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 5713		28/02/2024		13:32						AT: 5713 US: SANDRA Idade: 6	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 8757999				9 - Validade da Carteira 28/02/2024		10 - Nome HENRIQUE DA SILVA ALVES				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante													
13 - Código na Operadora 15116763000412				14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA									
15 - Nome do Profissional Solicitante ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 16399		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO / 16399			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/02/2024		23 - Indicação Clínica S525 - Fratura da extremidade distal do radio									
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição							27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.		
22	10101039	CONSULTA (U)							1		1		
22	30721180	FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO - REDUO INCRUENT							1		1		
00	40803112	RX PUNHO							1		1		
4 -													
5 -													
6 -													
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\$)
28/02/2024	13:32		22	10101039	CONSULTA (U)			1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
28/02/2024	15:14		22	30721180	FRATURAS E/OU LUXAES DO PUNHO			1				R\$ 160,00	R\$ 160,00
28/02/2024	14:31		22	40803112	RX PUNHO			1				R\$ 42,14	R\$ 42,14
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora			51 - Nome do Profissional			52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho		54 - UF	55 - Código CBO	
		43145639072			ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO			6	16399		43	225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____					
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____					
58 - Observação / Justificativa TRAUMA EM PUNHO D HÁ 5D													
DOR EM PUNHO D A PRONOSUPINAÇÃO; TB DOR PALP RADIO DISTAL D S525 - Fratura da extremidade distal do radio TALA GESS PUNHO MAO A BRACO AD TALA GESS PUNHO MAO A BRACO AD													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 302,14		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 82,78		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$) R\$ 384,92	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 5904

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 5904		06/03/2024		08:41				AT: 5904 US: SANDRA Idade: 6	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 8757999		9 - Validade da Carteira 28/02/2024		10 - Nome HENRIQUE DA SILVA ALVES				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 AUGUSTO MEDAGLIA				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28087		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante AUGUSTO MEDAGLIA / 28087	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/03/2024		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.	
22	10101039	CONSULTA (U)							1	1	
22	30711037	TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR							1	1	
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
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\$)
06/03/2024	08:43		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
06/03/2024	08:47		22	30711037	TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR T	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
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
		96089075000		AUGUSTO MEDAGLIA			6	28087		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 FRATURA PUNHO DIR QUEBROU TALA EM CASA; TROCO											
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50		60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)		61 - TALA METALICA CRIANCA R\$ 82,78		62 - TALA METALICA CRIANCA		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$) R\$ 193,28											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA

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



6109

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6109**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6109
-----------------------------------	-----------------------------------

13/03/2024

14:02

AT: 6109
US: SANDRA
Idade: 6

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8757999	9 - Validade da Carteira 28/02/2024	10 - Nome HENRIQUE DA SILVA ALVES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 16399	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante ALFEU CLAUDIO MONTEIRO PIFFERO / 16399
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/03/2024	23 - Indicação Clínica S602 - Contusao de outras partes 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\$)
13/03/2024	14:05		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

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

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

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

58 - Observação / Justificativa TRAUMA EM PUNHO D HÁ 3 SEMANAS
SEM DOR A PALP OU MOBILIZAÇÃO; S602 - Contusao de outras partes do punho e da mao

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
---	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

HENRIQUE DA SILVA ALVES

AMA ADVENTISTA

5713

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 5713
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 3	7-Data 28/02/2024	8-Hora de Inicio 13:32	9-Hora Final 13:32	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,60			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 28/02/2024	8-Hora de Inicio 13:32	9-Hora Final 13:32	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034664	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,69	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,07			
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID												
6-CD 3	7-Data 28/02/2024	8-Hora de Inicio 13:32	9-Hora Final 13:32	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162121	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 13,57	15-Valor Total - R\$ R\$ 40,71			
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM												
6-CD 3	7-Data 28/02/2024	8-Hora de Inicio 13:32	9-Hora Final 13:32	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,08	15-Valor Total - R\$ R\$ 18,24			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID												
6-CD 3	7-Data 28/02/2024	8-Hora de Inicio 13:32	9-Hora Final 13:32	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,16			
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\$ 82,78		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\$ 82,78

Guia de Outras Despesas

HENRIQUE DA SILVA ALVES

AMA ADVENTISTA

5904

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 5904
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 3	7-Data 06/03/2024	8-Hora de Inicio 08:41	9-Hora Final 08:41	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,60			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 06/03/2024	8-Hora de Inicio 08:41	9-Hora Final 08:41	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034664	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,69	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,07			
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID												
6-CD 3	7-Data 06/03/2024	8-Hora de Inicio 08:41	9-Hora Final 08:41	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162121	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 13,57	15-Valor Total - R\$ R\$ 40,71			
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM												
6-CD 3	7-Data 06/03/2024	8-Hora de Inicio 08:41	9-Hora Final 08:41	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,08	15-Valor Total - R\$ R\$ 18,24			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID												
6-CD 3	7-Data 06/03/2024	8-Hora de Inicio 08:41	9-Hora Final 08:41	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,16			
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT												

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



6081

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6081**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6081
-----------------------------------	-----------------------------------

12/03/2024

10:47

AT: 6081

US: SANDRA

Idade: 12

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758518	9 - Validade da Carteira 12/03/2024	10 - Nome HENRIQUE REMIAO CONCEICAO	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 12/03/2024	23 - Indicação Clínica 0 - LESAO LIG AG JOELHO DIREITO
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30726174	LESOES LIGAMENTARES AGUDA - REDUCAO INCRUENTA	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\$)
12/03/2024	10:47		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
12/03/2024	11:16		22	30726174	LESOES LIGAMENTARES AGUDA - RE	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 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____
5 - ____/____/____	6 - ____/____/____
7 - ____/____/____	8 - ____/____/____
9 - ____/____/____	10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

TRAUMA JOELHO DIREITO0

0 - LESAO LIG AG JOELHO DIREITO

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 167,00	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\$ 167,00
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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



6229

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6229**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6229		19/03/2024		09:12				AT: 6229 US: SANDRA Idade: 12			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 8758518			9 - Validade da Carteira 12/03/2024		10 - Nome HENRIQUE REMIAO CONCEICAO				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 19/03/2024		23 - Indicação Clínica 0 - LESAO LIG AG JOELHO DIREITO									
24 - Tabela 22	25 - Código Procedimento 10101039	26 - Descrição CONSULTA (U)							27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 1			
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 19/03/2024	37 - Hora Inicial 09:57	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)			42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 60949660078			51 - Nome do Profissional JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA				52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 28033		54 - UF 43	55 - Código CBO 0
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série													
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____					
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____					
58 - Observação / Justificativa dor joelho direito													
0 - LESAO LIG AG JOELHO DIREITO													
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					

SANDRA

SANDRA

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



6501

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6501**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6501
-----------------------------------	-----------------------------------

27/03/2024

09:21

AT: 6501
US: SANDRA
Idade: 14

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8757657	9 - Validade da Carteira 27/03/2024	10 - Nome LAURA FREITAS BRASILIANO	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 27/03/2024	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	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPIANOS - RED. INCRUENT	1	1
22	30711010	TIPOIA	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
27/03/2024	09:21		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
27/03/2024	10:41		22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPI	1				R\$ 31,50	R\$ 31,50
27/03/2024	10:41		22	30711010	TIPOIA	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

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

PACIENTE VEM POR TRAUMA POR BOLADA HOJE.

AO EXAME

59 - Total de Honorários (R\$) R\$ 205,25	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 63,25	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 205,25
---	--------------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização RX LESAO DE CARTILAGEM/FRATURA DE FALANGE PROXIMAL PORCAO	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável DISTAL	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

LAURA FREITAS BRASILIANO

AMA ADVENTISTA

6501

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6501
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 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 78988675	12-Qtde 540	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,07	15-Valor Total - R\$ R\$ 37,80				
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO)													
6-CD 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,60				
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)													
6-CD 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034680	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 3,37	15-Valor Total - R\$ R\$ 10,11				
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID													
6-CD 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,16				
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT													
6-CD 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40				
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)													
6-CD 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 6,08	15-Valor Total - R\$ R\$ 6,08				
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID													
6-CD 3	7-Data 27/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,10				
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\$ 63,25		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 63,25	

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



6036

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 6036

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6036		11/03/2024		14:05																													
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																													
Dados do Beneficiário																																			
8 - Número da Carteira 8758545			9 - Validade da Carteira 11/03/2024		10 - Nome MARIA CLARA ABREU DE FRAGA			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 PABLO PY LESSA				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 29083		18 - UF 43		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante PABLO PY LESSA / 29083																							
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																																			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/03/2024		23 - Indicação Clínica S52 - Fratura do antebraço																															
24 - Tabela										25 - Código Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.																			
22										10101039		CONSULTA (U)		1		1																			
22										30721180		FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENT		1		1																			
00										40803112		PUNHO		1		1																			
4 -																																			
5 -																																			
6 -																																			
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\$)													
11/03/2024		14:07				22		10101039		CONSULTA (U)		1								R\$ 100,00		R\$ 100,00													
11/03/2024		15:30				22		30721180		FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNH		1								R\$ 160,00		R\$ 160,00													
11/03/2024		15:31				22		40803112		PUNHO		1								R\$ 42,14		R\$ 42,14													
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																			
				94017522068		PABLO PY LESSA				6		29083		43		225270																			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série										57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																									
1 -		/		/		3 -		/		/		5 -		/		/		7 -		/		/		9 -		/		/		10 -		/		/	
2 -		/		/		4 -		/		/		6 -		/		/		8 -		/		/		10 -		/		/							
58 - Observação / Justificativa																																			
TRAUMA EM PUNHO DIREITO.																																			
DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.																																			
59 - Total de Procedimentos (R\$)				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\$ 242,14				R\$ 242,14				R\$ 82,78																R\$ 384,92											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										68 - Assinatura do Contratado															
TALA GESSADA DE PUNHO																																			

SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



6263

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6263**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6263	20/03/2024	08:12		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		

AT: 6263
US: SANDRA
Idade: 11

8 - Número da Carteira 8758545	9 - Validade da Carteira 11/03/2024	10 - Nome MARIA CLARA ABREU DE FRAGA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante 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
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/03/2024	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.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30711037	LUVA GESSADA	1	1
00	40803112	PUNHO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
20/03/2024	08:12		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
20/03/2024	10:14		22	30711037	LUVA GESSADA	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
20/03/2024	10:13		22	40803112	PUNHO	1				R\$ 42,14	R\$ 42,14

SANDRA
SANDRA
SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 02556803096	51 - Nome do Profissional FABRICIO JAEGER ALMEIDA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 49162	54 - UF 43	55 - Código CBO 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 trauma em 11/03, com historia de fratura de radio

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 154,84	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 51,84	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 204,48
--	--------------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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

ORIENTACOES

Guia de Outras Despesas

MARIA CLARA ABREU DE FRAGA

AMA ADVENTISTA

6036

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6036
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 3	7-Data 11/03/2024	8-Hora de Inicio 14:05	9-Hora Final 14:05	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,60					
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)														
6-CD 3	7-Data 11/03/2024	8-Hora de Inicio 14:05	9-Hora Final 14:05	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034664	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,69	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,07					
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID														
6-CD 3	7-Data 11/03/2024	8-Hora de Inicio 14:05	9-Hora Final 14:05	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162121	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 13,57	15-Valor Total - R\$ R\$ 40,71					
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 10 CM														
6-CD 3	7-Data 11/03/2024	8-Hora de Inicio 14:05	9-Hora Final 14:05	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,08	15-Valor Total - R\$ R\$ 18,24					
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID														
6-CD 3	7-Data 11/03/2024	8-Hora de Inicio 14:05	9-Hora Final 14:05	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,16					
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT														

Guia de Outras Despesas

MARIA CLARA ABREU DE FRAGA

AMA ADVENTISTA

6263

1 - Registro Ans
999999

2 - N° Guia Referencia
6263

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 3	7-Data 20/03/2024	8-Hora de Inicio 08:12	9-Hora Final 08:12	10-Tabela 0	11-Código do Item 0005395101	12-Qtde 50	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 2,00								
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 08CMX25MT																	
6-CD 3	7-Data 20/03/2024	8-Hora de Inicio 08:12	9-Hora Final 08:12	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,60								
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)																	
6-CD 3	7-Data 20/03/2024	8-Hora de Inicio 08:12	9-Hora Final 08:12	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034680	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 3,37	15-Valor Total - R\$ R\$ 6,74								
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID																	
6-CD 3	7-Data 20/03/2024	8-Hora de Inicio 08:12	9-Hora Final 08:12	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162124	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 19,75	15-Valor Total - R\$ R\$ 39,50								
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM																	
17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00			18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00		19-Total Materiais R\$ R\$ 51,84		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\$ 51,84						

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



6021

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6021**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6021		08/03/2024		15:41					
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 8758517				9 - Validade da Carteira 08/03/2024		10 - Nome MARIANA REMIAO CONCEICAO				11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N											
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 15116763000412				14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							
15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28088		18 - UF 43		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES / 28088											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/03/2024		23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao							
24 - Tabela		25 - Código Procedimento		26 - Descrição						27 - Qtde. Solic.	
22		10101039		CONSULTA (U)						1	
22		30722403		FRAT. DE FALANGES OU METACARPÍANOS - RED. INCRUENT						1	
00		40803120		MAO OU QUIRODACTILO						1	
4 -											
5 -											
6 -											
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	
08/03/2024		15:41				22		10101039		CONSULTA (U)	
08/03/2024		17:02				22		30722403		FRAT. DE FALANGES OU METACARPI	
08/03/2024		17:03				22		40803120		MAO OU QUIRODACTILO	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq.Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código Operadora		51 - Nome do Profissional				52 - Cons. Prof.	
				91731941072		GUSTAVO LUZ ALVES				6	
										28088	
										43	
										225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -	
/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
7 -		8 -		9 -		10 -		11 -		12 -	
/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
58 - Observação / Justificativa trauma mao 4 qd											
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 171,76		60 - Total de Taxas (R\$) R\$ 10,88		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 10,88		62 - Total de OPME (R\$) R\$ 10,88		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$) R\$ 182,64		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



6185

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6185**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6185		15/03/2024		14:48																																																																																									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																																																																																									
Dados do Beneficiário <table border="1"> <tr> <td colspan="2">8 - Número da Carteira 8758517</td> <td colspan="2">9 - Validade da Carteira 08/03/2024</td> <td colspan="4">10 - Nome MARIANA REMIAO CONCEICAO</td> <td colspan="2">11 - Cartão Nacional de Saúde</td> <td colspan="2">12 - Atendimento a RN N</td> </tr> </table>												8 - Número da Carteira 8758517		9 - Validade da Carteira 08/03/2024		10 - Nome MARIANA REMIAO CONCEICAO				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																																																																									
8 - Número da Carteira 8758517		9 - Validade da Carteira 08/03/2024		10 - Nome MARIANA REMIAO CONCEICAO				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																																																																																					
Dados do Solicitante <table border="1"> <tr> <td colspan="2">13 - Código na Operadora 15116763000412</td> <td colspan="10">14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA</td> </tr> <tr> <td colspan="4">15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES</td> <td colspan="2">16 - Conselho Profissional 06</td> <td colspan="2">17 - Número do Conselho 28088</td> <td colspan="1">18 - UF 43</td> <td colspan="1">19 - Código CBO 225270</td> <td colspan="2">20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUSTAVO LUZ ALVES / 28088</td> </tr> </table>												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																																																													
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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">21 - Caráter do Atendimento 2</td> <td colspan="2">22 - Data da Solicitação 15/03/2024</td> <td colspan="8">23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao</td> </tr> <tr> <td colspan="2">24 - Tabela 22</td> <td colspan="2">25 - Código Procedimento 10101039</td> <td colspan="5">26 - Descrição CONSULTA (U)</td> <td colspan="2">27 - Qtde. Solic. 1</td> <td colspan="1">28 - Qtde. Aut. 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">22</td> <td colspan="2">30711010</td> <td colspan="5">TALA ZIMER</td> <td colspan="2">1</td> <td colspan="1">1</td> </tr> <tr><td colspan="2">3 -</td><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td><td colspan="1"></td></tr> <tr><td colspan="2">4 -</td><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td><td colspan="1"></td></tr> <tr><td colspan="2">5 -</td><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td><td colspan="1"></td></tr> <tr><td colspan="2">6 -</td><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td><td colspan="1"></td></tr> </table>												21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/03/2024		23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao								24 - Tabela 22		25 - Código Procedimento 10101039		26 - Descrição CONSULTA (U)					27 - Qtde. Solic. 1		28 - Qtde. Aut. 1	22		30711010		TALA ZIMER					1		1	3 -												4 -												5 -												6 -											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/03/2024		23 - Indicação Clínica S62 - Fratura ao nível do punho e da mao																																																																																											
24 - Tabela 22		25 - Código Procedimento 10101039		26 - Descrição CONSULTA (U)					27 - Qtde. Solic. 1		28 - Qtde. Aut. 1																																																																																				
22		30711010		TALA ZIMER					1		1																																																																																				
3 -																																																																																															
4 -																																																																																															
5 -																																																																																															
6 -																																																																																															
Dados do Contratado Executante <table border="1"> <tr> <td colspan="2">29 - Código na Operadora 15116763000412</td> <td colspan="7">30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA</td> <td colspan="3">31 - Código CNES 4115449</td> </tr> </table>												29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							31 - Código CNES 4115449																																																																										
29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							31 - Código CNES 4115449																																																																																						
Dados do Atendimento <table border="1"> <tr> <td colspan="2">32 - Tipo de Atendimento 13</td> <td colspan="3">33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2</td> <td colspan="2">34 - Tipo de Consulta 1</td> <td colspan="5">35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</td> </tr> </table>												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																																																																												
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 <table border="1"> <tr> <td colspan="1">36 - Data</td> <td colspan="1">37 - Hora Inicial</td> <td colspan="1">38 - Hora Final</td> <td colspan="1">39 - Tabela</td> <td colspan="1">40 - Código Procedimento</td> <td colspan="1">41 - Descrição</td> <td colspan="1">42 - Qtde</td> <td colspan="1">43 - Via</td> <td colspan="1">44 - Tec.</td> <td colspan="1">45 - Red/Acr</td> <td colspan="1">46 - Valor Unit. (R\$)</td> <td colspan="1">47 - Valor Total (R\$)</td> </tr> <tr> <td>15/03/2024</td> <td>14:49</td> <td></td> <td>22</td> <td>10101039</td> <td>CONSULTA (U)</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 100,00</td> <td>R\$ 100,00</td> </tr> <tr> <td>15/03/2024</td> <td>16:16</td> <td></td> <td>22</td> <td>30711010</td> <td>TALA ZIMER</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 10,50</td> <td>R\$ 10,50</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												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\$)	15/03/2024	14:49		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00	15/03/2024	16:16		22	30711010	TALA ZIMER	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50																																																
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\$)																																																																																				
15/03/2024	14:49		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00																																																																																				
15/03/2024	16:16		22	30711010	TALA ZIMER	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50																																																																																				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) <table border="1"> <tr> <td colspan="1">48 - Seq.Ref.</td> <td colspan="1">49 - Grau Part.</td> <td colspan="2">50 - Código Operadora</td> <td colspan="3">51 - Nome do Profissional</td> <td colspan="1">52 - Cons. Prof.</td> <td colspan="2">53 - Número do Conselho</td> <td colspan="1">54 - UF</td> <td colspan="1">55 - Código CBO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">91731941072</td> <td colspan="3">GUSTAVO LUZ ALVES</td> <td>6</td> <td colspan="2">28088</td> <td>43</td> <td>225270</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr> </table>												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																																																												
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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">1 - ____/____/____</td> <td colspan="2">3 - ____/____/____</td> <td colspan="2">5 - ____/____/____</td> <td colspan="2">7 - ____/____/____</td> <td colspan="2">9 - ____/____/____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 - ____/____/____</td> <td colspan="2">4 - ____/____/____</td> <td colspan="2">6 - ____/____/____</td> <td colspan="2">8 - ____/____/____</td> <td colspan="2">10 - ____/____/____</td> </tr> </table>												1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____		2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____																																																																	
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____																																																																																							
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____																																																																																							
58 - Observação / Justificativa dor mao																																																																																															
S62 - Fratura ao nível do punho e da mao <table border="1"> <tr> <td colspan="2">59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50</td> <td colspan="2">60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</td> <td colspan="2">61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 11,58</td> <td colspan="2">62 - Total de OPME (R\$)</td> <td colspan="2">63 - Total de Medicamentos (R\$)</td> <td colspan="2">64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">65 - Total Geral (R\$) R\$ 122,08</td> </tr> </table>												59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 11,58		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)												65 - Total Geral (R\$) R\$ 122,08																																																													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 11,58		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)																																																																																					
										65 - Total Geral (R\$) R\$ 122,08																																																																																					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																																																																																							

SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA

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



6397

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6397**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6397
-----------------------------------	-----------------------------------

22/03/2024

15:38

AT: 6397
US: SANDRA
Idade: 14

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758517	9 - Validade da Carteira 08/03/2024	10 - Nome MARIANA REMIAO CONCEICAO	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 22/03/2024	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	TALA ZIMMER	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\$)
22/03/2024	16:09		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
22/03/2024	16:07		22	30711010	TALA ZIMMER	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
		91731941072	GUSTAVO LUZ ALVES	6	28088	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 mao

S62 - Fratura ao nível do punho e da mao		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 11,58	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 122,08
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		

Guia de Outras Despesas

MARIANA REMIAO CONCEICAO

AMA ADVENTISTA

6021

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6021
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 3	7-Data 08/03/2024	8-Hora de Inicio 15:41	9-Hora Final 15:41	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40					
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)														
6-CD 3	7-Data 08/03/2024	8-Hora de Inicio 15:41	9-Hora Final 15:41	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40					
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)														
6-CD 3	7-Data 08/03/2024	8-Hora de Inicio 15:41	9-Hora Final 15:41	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,08					
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\$ 10,88		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 10,88	

Guia de Outras Despesas

MARIANA REMIAO CONCEICAO

AMA ADVENTISTA

6185

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6185
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 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 14:48	9-Hora Final 14:48	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)											
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 14:48	9-Hora Final 14:48	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 6,08	15-Valor Total - R\$ R\$ 6,08		
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID											
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 14:48	9-Hora Final 14:48	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,10		
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\$	
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 11,58		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	

Guia de Outras Despesas

MARIANA REMIAO CONCEICAO

AMA ADVENTISTA

6397

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6397
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 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 15:38	9-Hora Final 15:38	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40												
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)																					
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 15:38	9-Hora Final 15:38	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 6,08	15-Valor Total - R\$ R\$ 6,08												
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																					
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 15:38	9-Hora Final 15:38	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,10												
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\$ 11,58		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\$ 11,58	

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



5817

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **5817**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 5817		01/03/2024		14:44																	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
AT: 5817 US: SANDRA Idade: 17																							
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 8758598			9 - Validade da Carteira 01/03/2024		10 - Nome MELANY FIALHO AZEVEDO			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 01/03/2024		23 - Indicação Clínica S837 - Traumatismo de estruturas multiplas do joelho																			
24 - Tabela 22		25 - Código Procedimento 10101039		26 - Descrição CONSULTA (U)					27 - Qtde. Solic. 1		28 - Qtde. Aut. 1												
22		30726174		LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO INCRUENTO					1		1												
00		40804062		JOELHO + PATELA					2		2												
4 -																							
5 -																							
6 -																							
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 01/03/2024		37 - Hora Inicial 16:31		38 - Hora Final		39 - Tabela 22		40 - Código Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA (U)		42 - Qtde 1		43 - Via		44 - Tec.		45 - Red/Acr		46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00		47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00	
01/03/2024		16:30				22		30726174		LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - T		1						R\$ 67,00		R\$ 67,00			
01/03/2024		16:31				22		40804062		JOELHO + PATELA		2						R\$ 43,73		R\$ 87,46			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 - Seq.Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código Operadora 91731941072		51 - Nome do Profissional GUSTAVO LUZ ALVES				52 - Cons. Prof. 6		53 - Número do Conselho 28088		54 - UF 43		55 - Código CBO 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 torção joelho luxação patelar - 3 episodio rx - sem sinais de fratura lesão ligamentar de joelho R\$ 254,46																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 254,46		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\$ 254,46											
66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado													

SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



6041

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6041**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6041
-----------------------------------	-----------------------------------

11/03/2024

14:28

AT: 6041
US: SANDRA
Idade: 17

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758598	9 - Validade da Carteira 01/03/2024	10 - Nome MELANY FIALHO AZEVEDO	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 PABLO PY LESSA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 29083	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante PABLO PY LESSA / 29083
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/03/2024	23 - Indicação Clínica S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia
---	---	--

24 - Tabela 22	25 - Código Procedimento 10101039	26 - Descrição CONSULTA (U)	27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 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 11/03/2024	37 - Hora Inicial 14:29	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)	42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 94017522068	51 - Nome do Profissional PABLO PY LESSA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 29083	54 - UF 43	55 - Código CBO 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

RETORNO COM EXAME:

FRATURA SUBCONDRA PATELAR, E REGIÃO TROCLEAR.

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização ESTRATAMENTO DO LCM 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 6 - REVISÃO EM 3 SEMANAS. GELO LOCAL E MANter IMOBILIZAÇÃO.	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

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



6250

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6250**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6250
-----------------------------------	-----------------------------------

19/03/2024

14:22

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 6250
US: SANDRA
Idade: 14

8 - Número da Carteira 8757929	9 - Validade da Carteira 19/03/2024	10 - Nome NICOLE SOARES ROCHA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante VANDERLEI AIRTON SARTOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 29470	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante VANDERLEI AIRTON SARTOR / 29470
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/03/2024	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

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

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
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

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\$)
19/03/2024	15:21		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 91063787068	51 - Nome do Profissional VANDERLEI AIRTON SARTOR	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 29470	54 - UF 43	55 - Código CBO 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 S= refere trauma em 5 QDD O= edema hematoma, SEM DESVIO ROTACIONAL, FLETINDO, SEM LIMITAÇÃO

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 cd= spica	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

retorno em 7 dias com rx (DR AFONSO)

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



6160

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6160**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6160
-----------------------------------	-----------------------------------

15/03/2024

11:47

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 6160
US: SANDRA
Idade: 11

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758049	9 - Validade da Carteira 15/03/2024	10 - Nome PEDRO DANTAS DE ATHAYDE DE OLIVEIRA	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 EUGENIO HENRIQUE WEISSHEIMER BERWANGER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 28094	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante EUGENIO HENRIQUE WEISSHEIMER
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/03/2024	23 - Indicação Clínica M250 - Hemartrose
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30713137	PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA (INFILTRAÇÃO/AGULHAMENTO SECO)	1	1
22	30711029	TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR	1	1
00	40804062	JOELHO + PATELA	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 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\$)
15/03/2024	11:49		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
15/03/2024	12:27		22	30713137	PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓ	1				R\$ 42,00	R\$ 42,00
15/03/2024	12:48		22	30711029	TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR	1				R\$ 21,00	R\$ 21,00
15/03/2024	11:51		22	40804062	JOELHO + PATELA	1				R\$ 43,73	R\$ 43,73

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
		93901607072	EUGENIO HENRIQUE WEISSHEIMER BERWANGER	6	28094	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

Refere trauma direto no joelho esquerdo hoje - SIC

~~dor + derrame articular no joelho esquerdo - M250 - Hemartrose~~

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 206,73	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 88,47	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) R\$ 22,19	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 317,39
--	--------------------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------------------	---

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



6333

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6333**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6333
-----------------------------------	-----------------------------------

22/03/2024

08:09

AT: 6333
US: SANDRA
Idade: 11

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758049	9 - Validade da Carteira 15/03/2024	10 - Nome PEDRO DANTAS DE ATHAYDE DE OLIVEIRA	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 EUGENIO HENRIQUE WEISSHEIMER BERWANGER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 28094	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante EUGENIO HENRIQUE WEISSHEIMER
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/03/2024	23 - Indicação Clínica M250 - Hemartrose
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30726174	LESOES LIGAMENTARES AGUDA - REDUCAO INCRUENTA	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\$)
22/03/2024	09:11		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
22/03/2024	12:00		22	30726174	LESOES LIGAMENTARES AGUDA - RE	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
		93901607072	EUGENIO HENRIQUE WEISSHEIMER BERWANGER	6	28094	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

em tratamento para trauma em joelho esquerdo desde 15/03/2024.

Retorno com RM que mostra edema ósseo em patela e côndilo femoral-lateral + leve lateralização da patela.

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 165,98	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 86,84	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 253,84
--	--------------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento retirada a tal: aumento de volume articular moderado em joelho esquerdo. Dor e limitação de ADM joelho esquerdo M250 - Hemartrose	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

AMA ADVENTISTA

6160

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

6160

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Código CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis				
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 40,43					
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID														
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162122	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,68	15-Valor Total - R\$ R\$ 10,68					
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM														
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162124	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 17,78	15-Valor Total - R\$ R\$ 35,55					
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM														
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,18					
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT														
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 19	11-Código do Item 70849323	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 1,63	15-Valor Total - R\$ R\$ 1,63					
16-Descrição LUVA CIRURGICA SANRO LIS C/PO ESTERIL NR.7,5(PAR)														
6-CD 2	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 20	11-Código do Item 90003497	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 20,10	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,10					
16-Descrição DECADRONAL 8MG/ML SUSP.INJ.1FA 2ML														
6-CD 2	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 11:47	9-Hora Final 11:47	10-Tabela 20	11-Código do Item 90048601	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 1,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 2,09					
16-Descrição XYLESTESIN 2% C/VASO														
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\$ 22,19		R\$ 88,47		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 110,66		

PEDRO DANTAS DE ATHAYDE DE OLIVEIRA

AMA ADVENTISTA

6333

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

6333

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

15116763000412

TRAUMACLINICA LTDA

5 - Código CNES

4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis									
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 08:09	9-Hora Final 08:09	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 4	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 40,43										
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 08:09	9-Hora Final 08:09	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162122	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,68	15-Valor Total - R\$ R\$ 10,68										
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 12 CM																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 08:09	9-Hora Final 08:09	10-Tabela 0	11-Código do Item 00162124	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 17,78	15-Valor Total - R\$ R\$ 35,55										
16-Descrição ATADURA GESSADA CYSNE 15 CM																			
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 08:09	9-Hora Final 08:09	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,18										
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\$ 86,84										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\$ 86,84																			

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



6141

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6141**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6141		15/03/2024		09:21																																																																											
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																																																																											
Dados do Beneficiário <table border="1"> <tr> <td colspan="2">8 - Número da Carteira 8757397</td> <td colspan="2">9 - Validade da Carteira 15/03/2024</td> <td colspan="2">10 - Nome RICHARD CAMARGO VARGAS</td> <td colspan="2">11 - Cartão Nacional de Saúde</td> <td colspan="2">12 - Atendimento a RN N</td> </tr> </table>										8 - Número da Carteira 8757397		9 - Validade da Carteira 15/03/2024		10 - Nome RICHARD CAMARGO VARGAS		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																																																															
8 - Número da Carteira 8757397		9 - Validade da Carteira 15/03/2024		10 - Nome RICHARD CAMARGO VARGAS		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																																																																									
Dados do Solicitante <table border="1"> <tr> <td colspan="2">13 - Código na Operadora 15116763000412</td> <td colspan="8">14 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">15 - Nome do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA</td> <td colspan="2">16 - Conselho Profissional 06</td> <td colspan="2">17 - Número do Conselho 28033</td> <td colspan="1">18 - UF 43</td> <td colspan="1">19 - Código CBO 225270</td> <td colspan="2">20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA / 28033</td> </tr> </table>										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																																																				
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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">21 - Caráter do Atendimento 2</td> <td colspan="2">22 - Data da Solicitação 15/03/2024</td> <td colspan="6">23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA 5 QDD</td> </tr> </table>										21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/03/2024		23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA 5 QDD																																																																			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/03/2024		23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA 5 QDD																																																																													
<table border="1"> <tr> <td>24 - Tabela</td> <td>25 - Código Procedimento</td> <td colspan="6">26 - Descrição</td> <td>27 - Qtde. Solic.</td> <td>28 - Qtde. Aut.</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>10101039</td> <td colspan="6">CONSULTA (U)</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>30722403</td> <td colspan="6">FRAT. DE FALANGES OU METACARPIANOS - RED. INCRUENT</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>30711010</td> <td colspan="6">TIPOIA</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>00</td> <td>40803120</td> <td colspan="6">MAO OU QUIRODACTILO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 -</td> <td colspan="6"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6 -</td> <td colspan="6"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição						27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.	22	10101039	CONSULTA (U)						1	1	22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPIANOS - RED. INCRUENT						1	1	22	30711010	TIPOIA						1	1	00	40803120	MAO OU QUIRODACTILO						1	1	5 -										6 -											
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição						27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.																																																																								
22	10101039	CONSULTA (U)						1	1																																																																								
22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPIANOS - RED. INCRUENT						1	1																																																																								
22	30711010	TIPOIA						1	1																																																																								
00	40803120	MAO OU QUIRODACTILO						1	1																																																																								
5 -																																																																																	
6 -																																																																																	
Dados do Contratado Executante <table border="1"> <tr> <td colspan="2">29 - Código na Operadora 15116763000412</td> <td colspan="6">30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA</td> <td colspan="2">31 - Código CNES 4115449</td> </tr> </table>										29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA						31 - Código CNES 4115449																																																															
29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA						31 - Código CNES 4115449																																																																									
Dados do Atendimento <table border="1"> <tr> <td colspan="2">32 - Tipo de Atendimento 05</td> <td colspan="2">33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2</td> <td colspan="2">34 - Tipo de Consulta 1</td> <td colspan="4">35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</td> </tr> </table>										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																																																																	
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 <table border="1"> <tr> <td>36 - Data</td> <td>37 - Hora Inicial</td> <td>38 - Hora Final</td> <td>39 - Tabela</td> <td>40 - Código Procedimento</td> <td>41 - Descrição</td> <td>42 - Qtde</td> <td>43 - Via</td> <td>44 - Tec.</td> <td>45 - Red/Acr</td> <td>46 - Valor Unit. (R\$)</td> <td>47 - Valor Total (R\$)</td> </tr> <tr> <td>15/03/2024</td> <td>09:33</td> <td></td> <td>22</td> <td>10101039</td> <td>CONSULTA (U)</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 100,00</td> <td>R\$ 100,00</td> </tr> <tr> <td>15/03/2024</td> <td>11:50</td> <td></td> <td>22</td> <td>30722403</td> <td>FRAT. DE FALANGES OU METACARPI</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 31,50</td> <td>R\$ 31,50</td> </tr> <tr> <td>15/03/2024</td> <td>11:51</td> <td></td> <td>22</td> <td>30711010</td> <td>TIPOIA</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 10,50</td> <td>R\$ 10,50</td> </tr> <tr> <td>15/03/2024</td> <td>09:33</td> <td></td> <td>22</td> <td>40803120</td> <td>MAO OU QUIRODACTILO</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 40,26</td> <td>R\$ 40,26</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										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\$)	15/03/2024	09:33		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00	15/03/2024	11:50		22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPI	1				R\$ 31,50	R\$ 31,50	15/03/2024	11:51		22	30711010	TIPOIA	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50	15/03/2024	09:33		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26												
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\$)																																																																						
15/03/2024	09:33		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00																																																																						
15/03/2024	11:50		22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPI	1				R\$ 31,50	R\$ 31,50																																																																						
15/03/2024	11:51		22	30711010	TIPOIA	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50																																																																						
15/03/2024	09:33		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26																																																																						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) <table border="1"> <tr> <td>48 - Seq.Ref.</td> <td>49 - Grau Part.</td> <td>50 - Código Operadora</td> <td colspan="3">51 - Nome do Profissional</td> <td>52 - Cons. Prof.</td> <td colspan="2">53 - Número do Conselho</td> <td>54 - UF</td> <td>55 - Código CBO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>60949660078</td> <td colspan="3">JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA</td> <td>6</td> <td colspan="2">28033</td> <td>43</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										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																																																		
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 DIREITO 0 - FRATURA 5 QDD																																																																																	
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 182,26		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 41,53		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$) R\$ 223,79																																																																					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																																																																									

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

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



6331

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6331**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6331		22/03/2024		07:50				AT: 6331 US: SANDRA Idade: 12				
4 - Data da Autorização		5 - Senha			6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário														
8 - Número da Carteira 8757397			9 - Validade da Carteira 15/03/2024		10 - Nome RICHARD CAMARGO VARGAS				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 22/03/2024		23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA 5 QDD										
24 - Tabela 22	25 - Código Procedimento 10101039	26 - Descrição CONSULTA (U)							27 - Qtde. Solic. 1		28 - Qtde. Aut. 1			
2 -														
3 -														
4 -														
5 -														
6 -														
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 22/03/2024	37 - Hora Inicial 07:53	38 - Hora Final	39 - Tabela 22	40 - Código Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA (U)			42 - Qtde 1	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 100,00	47 - Valor Total (R\$) R\$ 100,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)														
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 60949660078			51 - Nome do Profissional JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA				52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 28033		54 - UF 43	55 - Código CBO 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 d														
0 - FRATURA 5 QDD														
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						

Guia de Outras Despesas

RICHARD CAMARGO VARGAS

AMA ADVENTISTA

6141

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6141
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 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034664	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 6,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 12,04			
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID												
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 70852600	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,02	15-Valor Total - R\$ R\$ 3,24			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,04			
16-Descrição ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT												
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 3	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 5,47	15-Valor Total - R\$ R\$ 16,42			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID												
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,86			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,86			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 15/03/2024	8-Hora de Inicio 09:21	9-Hora Final 09:21	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ 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\$ 41,53		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 41,53

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



6399

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 6399

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6399
----------------------------	----------------------------

22/03/2024 16:18

AT: 6399
US: SANDRA
Idade: 16

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

8 - Número da Carteira 8758588	9 - Validade da Carteira 22/03/2024	10 - Nome YASMIM ERTEL PAGLIARI	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

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

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/03/2024	23 - Indicação Clínica M796 - Dor em membro
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPÍANOS - RED. INCRUENT	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

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

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
--------------------------------	--	----------------------------	--

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
22/03/2024	17:16		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
22/03/2024	17:18		22	30722403	FRAT. DE FALANGES OU METACARPI	1				R\$ 31,50	R\$ 31,50

SANDRA
SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 01773010077	51 - Nome do Profissional FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 37373	54 - UF 43	55 - Código CBO 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 TRAUMA 5 QDD DOR LOCAL E LIMITACAO FUNCIONAL
--

59 - Total de Honorários (R\$) R\$ 131,50	60 - Total de Materiais (R\$) R\$ 10,42	61 - Total de OPME (R\$)	62 - Total de Medicamentos (R\$)	63 - Total de Gases Medicinais (R\$)	64 - Total Geral (R\$) R\$ 141,92
--	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização ORIENTO TTO CONSERVADOR ANALGESIA	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

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



6481

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6481**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6481
-----------------------------------	-----------------------------------

26/03/2024

13:47

AT: 6481
US: SANDRA
Idade: 16

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8758588	9 - Validade da Carteira 22/03/2024	10 - Nome YASMIM ERTEL PAGLIARI	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 AFONSO SORIA GALVARRO VARGAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 42053	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante AFONSO SORIA GALVARRO VARGAS / 42053
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/03/2024	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\$)
26/03/2024	13:47		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
		86286170006	AFONSO SORIA GALVARRO VARGAS	6	42053	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 22/03/2024 trauma 5qdd fratura avulsao da placa volar to com budy taping re controle em 14 dias

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
---	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

YASMIM ERTEL PAGLIARI

AMA ADVENTISTA

6399

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6399
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 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 16:18	9-Hora Final 16:18	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090209	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,86			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO)												
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 16:18	9-Hora Final 16:18	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034362	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 5,47	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,47			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID												
6-CD 3	7-Data 22/03/2024	8-Hora de Inicio 16:18	9-Hora Final 16:18	10-Tabela 19	11-Código do Item 79215319	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,04	15-Valor Total - R\$ 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\$	
R\$ 0,00			R\$ 0,00		R\$ 10,42		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
									</			