

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



7010

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 7010

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 7010		19/04/2024		09:38						AT: 7010 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 8757735				9 - Validade da Carteira 19/04/2024		10 - Nome EDUARDO VIEIRA PAIVA				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 H W BERWANGER				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 28094		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante EUGENIO H W BERWANGER / 28094							
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 19/04/2024		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	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO							1		1						
22	40804097	PE OU PODODACTILO							1		1						
22	40804089	TORNOZELO							1		1						
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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento										
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																	
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição			42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)				
19/04/2024	09:38		22	10101039	CONSULTA (U)			1				R\$ 100,00	R\$ 100,00				
19/04/2024	11:03		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ			1				R\$ 10,50	R\$ 10,50				
19/04/2024	10:20		22	40804097	PE OU PODODACTILO			1				R\$ 41,51	R\$ 41,51				
19/04/2024	10:20		22	40804089	TORNOZELO			1				R\$ 40,26	R\$ 40,26				
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 H W BERWANGER				6	28094		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																	
Torceu o tornozelo esquerdo hoje - SIC																	
Dor + edema leve lateral em tornozelo esquerdo.																	
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 192,27				60 - Total de Exames Auxiliares (R\$) R\$ 47,93				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\$ 240,20	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

Codigo de Despesas Realizadas											CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis																
6-CD 3		7-Data 19/04/2024		8-Hora de Inicio 09:38		9-Hora Final 09:38		10-Tabela 0		11-Código do Item 0000313151		12-Qtde 180		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,15		15-Valor Total - R\$ R\$ 27,54									
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)																											
6-CD 3		7-Data 19/04/2024		8-Hora de Inicio 09:38		9-Hora Final 09:38		10-Tabela 0		11-Código do Item 0000090212		12-Qtde 2		13-%Red.?Acresc. 0		14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 10,11		15-Valor Total - R\$ R\$ 20,21									
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																											
6-CD 3		7-Data 19/04/2024		8-Hora de Inicio 09:38		9-Hora Final 09:38		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\$ 0,18									
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\$ 47,93				R\$ 0,00				R\$ 0,00				R\$ 0,00				R\$ 47,93			

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



6718

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6718**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6718
-----------------------------------	-----------------------------------

05/04/2024

15:50

AT: 6718
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 FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 37373	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK / 37373
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/04/2024	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	30729165	FRATURAS E/OU LUXAES DO ANTEP - REDUO INCRUEN	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\$)
05/04/2024	15:51		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
05/04/2024	12:19		22	30729165	FRATURAS E/OU LUXAES DO ANTEP	1				R\$ 56,50	R\$ 56,50

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
		01773010077	FERNANDO AUGUSTO DANNEBROCK	6	37373	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 FRATURA DO HALLUX TRTAAMENTO CONSERVADOR TROCO IMOB

59 - Retorno com o Médico Assistente R\$ 156,50	60 - Total de Honorários e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 7,91	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 164,41
---	---	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização M796 - Dor em membro	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

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



6813

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6813**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6813
-----------------------------------	-----------------------------------

11/04/2024

08:07

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

AT: 6813
US: SANDRA
Idade: 15

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

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/04/2024	23 - Indicação Clínica S924 - Fratura do halux
---	---	--

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\$)
11/04/2024	08:07		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 08147006918	51 - Nome do Profissional PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 46780	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 retorna para avaliação e continuidade de tratamento conservador de fratura de falange em halux à direita. Refere melhora completa do quadro algico Sem outras queixas.

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 100,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 5,04	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 105,04
--	--------------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Retiro para avaliação Sem dor à palpação ou edema local no halux D	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

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



7142

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 7142

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 7142
----------------------------	----------------------------

25/04/2024 08:01

AT: 7142
US: SANDRA
Idade: 15

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

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

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/04/2024	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
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\$)
25/04/2024	08:01		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 08147006918	51 - Nome do Profissional PEDRO PAULO PAES DE OLIVEIRA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 46780	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 RETORNA PARA REVISÃO DE FRATURA DE HALUX DIREITO. PACIENTE BEM, SEM QUEIXAS. EVOLUIU BEM DURANTE O TRATAMENTO CONSERVADOR.
--

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 pelo Atendimento S929 - Fratura do pe nao especificada	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 05/04/2024	8-Hora de Inicio 15:50	9-Hora Final 15:50	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000056317	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,11		
16-Descrição TINTURA DE BENJOIM											
6-CD 3	7-Data 05/04/2024	8-Hora de Inicio 15:50	9-Hora Final 15:50	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000045545	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,40		
16-Descrição ATADURA CREPON 08 CM											
6-CD 3	7-Data 05/04/2024	8-Hora de Inicio 15:50	9-Hora Final 15:50	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000045673	12-Qtde 5	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,15		
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CM											
6-CD 3	7-Data 05/04/2024	8-Hora de Inicio 15:50	9-Hora Final 15:50	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000045582	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 2,25	15-Valor Total - R\$ R\$ 2,25		
16-Descrição ATADURA ORTOPÉDICA CREMER 8 CM X 1,8 M - PCT 12 UN. - PC.											
17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00		18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00		19-Total Materiais R\$ R\$ 7,91		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\$ 7,91	

Guia de Outras Despesas

ELIOM LUZ ADAMATTI BISOTTO

AMA ADVENTISTA

6813

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6813
3 - Codigo na Operadora 4 - Nome do Contratado
15116763000412 TRAUMACLINICA LTDA

5 - Codigo CNES
4115449

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis									
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitátio - R\$	15-Valor Total - R\$										
3	11/04/2024	08:07	08:07	19	70852561	180	0	R\$ 0,03	R\$ 4,86										
16-Descrição																			
ATADURA CREPOM CYSNE 8CMX1,8MT(REPOUSO)																			
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitátio - R\$	15-Valor Total - R\$										
3	11/04/2024	08:07	08:07	19	79215319	5	0	R\$ 0,04	R\$ 0,18										
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\$ 5,04	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 5,04

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



7191

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **7191**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 7191		26/04/2024		09:38																																																																																																																																																																																																																																																																															
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 8756939</td> <td colspan="2">9 - Validade da Carteira 12/12/2024</td> <td colspan="4">10 - Nome EMILY CAROL PEREIRA FAGUNDES</td> <td colspan="2">11 - Cartão Nacional de Saúde</td> <td colspan="2">12 - Atendimento a RN N</td> </tr> </table> 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 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> 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 26/04/2024</td> <td colspan="8">23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>24 - Tabela</td> <td>25 - Código Procedimento</td> <td colspan="7">26 - Descrição</td> <td>27 - Qtde. Solic.</td> <td>28 - Qtde. Aut.</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>10101039</td> <td colspan="7">CONSULTA (U)</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>30728118</td> <td colspan="7">FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED NAO-CIRURGICA - Imobilização Provisória Perna - Tornozelo (adulto) COM ALGODÃO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>40804097</td> <td colspan="7">PE OU PODODACTILO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>40804089</td> <td colspan="7">TORNOZELO</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 -</td> <td colspan="7"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6 -</td> <td colspan="7"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 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="2">31 - Código CNES 4115449</td> </tr> </table> Dados do Atendimento <table border="1"> <tr> <td colspan="2">32 - Tipo de Atendimento 23</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="6">35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</td> </tr> </table> 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>26/04/2024</td> <td>11:06</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>26/04/2024</td> <td>11:06</td> <td></td> <td>22</td> <td>30728118</td> <td>FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 92,00</td> <td>R\$ 92,00</td> </tr> <tr> <td>26/04/2024</td> <td>09:47</td> <td></td> <td>22</td> <td>40804097</td> <td>PE OU PODODACTILO</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 41,51</td> <td>R\$ 41,51</td> </tr> <tr> <td>26/04/2024</td> <td>09:47</td> <td></td> <td>22</td> <td>40804089</td> <td>TORNOZELO</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> 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="2">51 - Nome do Profissional</td> <td>52 - Cons. Prof.</td> <td>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="2">JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA</td> <td>6</td> <td>28033</td> <td>43</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____ 2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____ 58 - Observação / Justificativa trauma tornozelo esq S934 - Entorse e distensao do tornozelo <table border="1"> <tr> <td>59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 273,77</td> <td>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</td> <td>61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 47,93</td> <td>62 - Total de OPME (R\$)</td> <td>63 - Total de Medicamentos (R\$)</td> <td>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</td> <td>65 - Total Geral (R\$) R\$ 321,70</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</td> <td>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td>68 - Assinatura do Contratado</td> </tr> </table>												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 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		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/04/2024		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	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED NAO-CIRURGICA - Imobilização Provisória Perna - Tornozelo (adulto) COM ALGODÃO							1	1	22	40804097	PE OU PODODACTILO							1	1	22	40804089	TORNOZELO							1	1	5 -											6 -											29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							31 - Código CNES 4115449		32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	26/04/2024	11:06		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00	26/04/2024	11:06		22	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00	26/04/2024	09:47		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51	26/04/2024	09:47		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26													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																			59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 273,77	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 47,93	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 321,70	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
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 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																																																																																																																																																																																																																																																																											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/04/2024		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	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED NAO-CIRURGICA - Imobilização Provisória Perna - Tornozelo (adulto) COM ALGODÃO							1	1																																																																																																																																																																																																																																																																											
22	40804097	PE OU PODODACTILO							1	1																																																																																																																																																																																																																																																																											
22	40804089	TORNOZELO							1	1																																																																																																																																																																																																																																																																											
5 -																																																																																																																																																																																																																																																																																					
6 -																																																																																																																																																																																																																																																																																					
29 - Código na Operadora 15116763000412		30 - Nome do Contratado TRAUMACLINICA LTDA							31 - Código CNES 4115449																																																																																																																																																																																																																																																																												
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																																																																																																																																																																																																																																																															
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)																																																																																																																																																																																																																																																																										
26/04/2024	11:06		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00																																																																																																																																																																																																																																																																										
26/04/2024	11:06		22	30728118	FRATURA OU LUX TORNOZELO - RED	1				R\$ 92,00	R\$ 92,00																																																																																																																																																																																																																																																																										
26/04/2024	09:47		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51																																																																																																																																																																																																																																																																										
26/04/2024	09:47		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26																																																																																																																																																																																																																																																																										
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																																																																																																																																																																																																																																																																													
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 273,77	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 47,93	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 321,70																																																																																																																																																																																																																																																																															
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



7271

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **7271**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 7271
-----------------------------------	-----------------------------------

30/04/2024

08:06

AT: 7271
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 8756939	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome EMILY CAROL PEREIRA FAGUNDES	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 30/04/2024	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	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
30/04/2024	08:09		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
30/04/2024	08:31		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

SANDRA
SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		60949660078	JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA	6	28033	43	0

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

58 - Observação / Justificativa

S934 - Entorse e distensao do tornozelo

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,50	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 47,93	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 158,43
--	--------------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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

Guia de Outras Despesas

AMA ADVENTISTA

7191

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

7191

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 26/04/2024	8-Hora de Inicio 09:38	9-Hora Final 09:38	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000313151	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,15	15-Valor Total - R\$ R\$ 27,54										
16-Descrição ATADURA CRÉPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)																			
6-CD 3	7-Data 26/04/2024	8-Hora de Inicio 09:38	9-Hora Final 09:38	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,21										
16-Descrição ATADURA CRÉPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID																			
6-CD 3	7-Data 26/04/2024	8-Hora de Inicio 09:38	9-Hora Final 09:38	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\$		18-Total Medicamentos R\$		19-Total Materiais R\$		20-Total Taxas Div.		21-Total Diarias R\$		22-Total Alugueis R\$		23-Total Geral R\$							
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 47,93		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 47,93							

Guia de Outras Despesas

EMILY CAROL PEREIRA FAGUNDES

AMA ADVENTISTA

7271

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

7271

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 30/04/2024	8-Hora de Inicio 08:06	9-Hora Final 08:06	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000313151	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,15	15-Valor Total - R\$ R\$ 27,54				
16-Descrição ATADURA CRÉPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO)													
6-CD 3	7-Data 30/04/2024	8-Hora de Inicio 08:06	9-Hora Final 08:06	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000090212	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 10,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 20,21				
16-Descrição ATADURA CRÉPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID													
6-CD 3	7-Data 30/04/2024	8-Hora de Inicio 08:06	9-Hora Final 08:06	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\$		18-Total Medicamentos R\$		19-Total Materiais R\$		20-Total Taxas Div.		21-Total Diarias R\$		22-Total Alugueis R\$		23-Total Geral R\$	
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 47,93		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 47,93	

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



6789

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6789**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6789		10/04/2024		08:19						AT: 6789 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 10/04/2024		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	
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO								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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2				34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição			42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
10/04/2024	08:19		22	10101039	CONSULTA (U)			1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
10/04/2024	08:28		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO			1				R\$ 40,26	R\$ 40,26
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora			51 - Nome do Profissional			52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho		54 - UF	55 - Código CBO	
		02556803096			FABRICIO JAEGER ALMEIDA			6	49162		43	225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____					
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____					
58 - Observação / Justificativa													
paciente retorna para avaliar de trauma com dor em falange proximal													
ao exame													
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\$ 100,00	R\$ 40,26	R\$ 42,48				R\$ 199,57							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado											

SANDRA
SANDRA

SANDRA
SANDRA

Guia de Outras Despesas

LAURA FREITAS BRASILIANO

AMA ADVENTISTA

6789

1 - Registro Ans 2 - N° Guia Referencia
999999 6789
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 10/04/2024	8-Hora de Inicio 08:19	9-Hora Final 08:19	10-Tabela 19	11-Código do Item 70034664	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 2,22	15-Valor Total - R\$ R\$ 2,22			
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836												
6-CD 3	7-Data 10/04/2024	8-Hora de Inicio 08:19	9-Hora Final 08:19	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000130569	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 2,70	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,39			
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843												
6-CD 4	7-Data 10/04/2024	8-Hora de Inicio 08:19	9-Hora Final 08:19	10-Tabela 18	11-Código do Item 60023236	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 16,83	15-Valor Total - R\$ R\$ 16,83			
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA												
6-CD 3	7-Data 10/04/2024	8-Hora de Inicio 08:19	9-Hora Final 08:19	10-Tabela 19	11-Código do Item 78988675	12-Qtde 540	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,06	15-Valor Total - R\$ R\$ 30,24			
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485												
6-CD 3	7-Data 10/04/2024	8-Hora de Inicio 08:19	9-Hora Final 08:19	10-Tabela 0	11-Código do Item 78303591	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,15	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,15			
16-Descrição COMPRESSA GAZE 7,5 X 7,5 9 FIOS												
6-CD 3	7-Data 10/04/2024	8-Hora de Inicio 08:19	9-Hora Final 08:19	10-Tabela 0	11-Código do Item 70799172	12-Qtde 40	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 4,48			
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025												
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\$ 42,48		R\$ 16,83		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 59,31

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



6624

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6624**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6624		03/04/2024		08:45				AT: 6624 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 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 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 03/04/2024		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			
00	40803112	PUNHO							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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição			42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
03/04/2024	08:46		22	10101039	CONSULTA (U)			1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
03/04/2024	08:56		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	
		02556803096		FABRICIO JAEGER ALMEIDA				6	49162		43	225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____					
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____					
58 - Observação / Justificativa TRAUMA EM 11/03 COM EPIFISIOLISE, RETIRO GESSO													
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\$ 142,14	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

SANDRA

SANDRA

SANDRA

SANDRA

6661

2 - N° Guia no Prestador **6661**

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6661		04/04/2024		15:54				AT: 6661 US: SANDRA Idade: 14			
4 - Data da Autorização		5 - Senha			6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora						
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 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 PAULO RICARDO PICON ALVES				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número do Conselho 35717		18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante PAULO RICARDO PICON ALVES / 35717			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/04/2024		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			
00	40803120	MAO OU QUIRODACTILO							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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2			34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
04/04/2024	15:54		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00		
04/04/2024	16:39		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26		
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
				01733489045		PAULO RICARDO PICON ALVES		6		35717		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													
4 SEMANAS DE TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4QDD.													
IMOBILIZADA COM TALA DE ZIMER													
sem dor na palpação do foco da fratura													
63-Total de Procedimentos (R\$) R\$ 140,26		60-Total deTaxas 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					

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



6783

AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **6783**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 6783
-----------------------------------	-----------------------------------

09/04/2024

15:11

AT: 6783
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 8758564	9 - Validade da Carteira 09/04/2024	10 - Nome MARTINA SABALA SIQUEIRA	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 09/04/2024	23 - Indicação Clínica M255 - Dor articular
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA (U)	1	1
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
00	40804097	PE OU PODODACTILO	1	1
00	40804089	TORNOZELO	1	1
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
09/04/2024	15:11		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00
09/04/2024	16:14		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
09/04/2024	15:21		22	40804097	PE OU PODODACTILO	1				R\$ 41,51	R\$ 41,51
09/04/2024	15:21		22	40804089	TORNOZELO	1				R\$ 40,26	R\$ 40,26

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
		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

MARTINA.
RX TNZ DIREITO

59 - Total de Procedimentos R\$ 19,77	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 16,83	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 34,40	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 243,50
---	--	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização M255 - Dor articular	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	-------------------------------

Guia de Outras Despesas

AMA ADVENTISTA

6783

MARTINA SABALA SIQUEIRA

1 - Registro Ans

2 - N° Guia Referencia

999999

6783

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 4	7-Data 09/04/2024	8-Hora de Inicio 15:11	9-Hora Final 15:11	10-Tabela 18	11-Código do Item 60023236	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 16,83	15-Valor Total - R\$ R\$ 16,83																		
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA																											
6-CD 3	7-Data 09/04/2024	8-Hora de Inicio 15:11	9-Hora Final 15:11	10-Tabela 0	11-Código do Item 70852553	12-Qtde 180	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,10	15-Valor Total - R\$ R\$ 17,28																		
16-Descrição ATADURA CRÉPOM CYSNE 20CMX1,8MT(REPOUSO) 198.508																											
6-CD 3	7-Data 09/04/2024	8-Hora de Inicio 15:11	9-Hora Final 15:11	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000258962	12-Qtde 360	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,03	15-Valor Total - R\$ R\$ 11,52																		
16-Descrição ATADURA CRÉPOM CYSNE 15CMX1,8MT																											
6-CD 3	7-Data 09/04/2024	8-Hora de Inicio 15:11	9-Hora Final 15:11	10-Tabela 0	11-Código do Item 70799172	12-Qtde 50	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitário - R\$ R\$ 0,11	15-Valor Total - R\$ R\$ 5,60																		
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025																											
17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00				18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00				19-Total Materiais R\$ R\$ 34,40				20-Total Taxas Div. R\$ 16,83				21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00				22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00				23-Total Geral R\$ R\$ 51,23			

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



AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 6694

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 6694		05/04/2024		13:08				AT: 6694 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 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 05/04/2024		23 - Indicação Clínica S835 - Entorse e distensao envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho									
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 05/04/2024	37 - Hora Inicial 13:08	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 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 dor joelho													
S835 - Entorse e distensao envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho													
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 SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT



AMA ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **7084**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 7084
-----------------------------------	-----------------------------------

23/04/2024

08:54

AT: 7084
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 8757630	9 - Validade da Carteira 22/03/2024	10 - Nome AMANDA NACHTIGAL LOPES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/04/2024	23 - Indicação Clínica S934 - Entorse e distensao do tornozelo
---	---	--

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

SANDRA

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
23/04/2024	08:54		22	10101039	CONSULTA (U)	1				R\$ 100,00	R\$ 100,00

SANDRA

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

ENTORSE TORNOZELO DIREITO HA 4 SEMANAS
HOJE COM DOR RESIDUAL APENAS
EF

59 - Total de Honorários (R\$) R\$ 100,00	60 - Total de Honorários (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 S934 - Entorse e distensao do tornozelo	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------