

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



739418

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **739418**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 739418	02/09/2022	15:05		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		

AT: 739418
US: SANDRA
Idade: 14

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 10454187	9 - Validade da Carteira 29/08/2022	10 - Nome EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 93741346000121	14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA			
---	---	--	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante DR. MARCO PALOMINO MOLINA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 19455	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. MARCO PALOMINO MOLINA / 19455
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/09/2022	23 - Indicação Clínica S626 - Fratura da base da FM do 2º QDD
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO - TALA de ZIMMER	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04	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\$)
02/09/2022	16:54		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

SANDRA

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

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 51430622091	51 - Nome do Profissional DR. MARCO PALOMINO MOLINA	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 19455	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270
---------------	-----------------	---	---	------------------------------	---	----------------------	----------------------------------

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 10,50	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) R\$ 18,00	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 13,98	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 42,48
---	--	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

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**



740393

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 740393

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 740393
-----------------------------------	-------------------------------------

09/09/2022

13:16

AT: 740393
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 10454187	9 - Validade da Carteira 29/08/2022	10 - Nome EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 93741346000121	14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante DR. MAURICIO BARBOSA MARIN	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 29662	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. MAURICIO BARBOSA MARIN / 29662
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/09/2022	23 - Indicação Clínica S626 - Fratura de outros dedos
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
22	40803120	RAIO X DE MÃO OU QUIRODACTILO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

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\$)
09/09/2022	14:17		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50
09/09/2022	13:38		22	40803120	RAIO X DE MÃO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 37,67	R\$ 37,67

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
		96039396091	DR. MAURICIO BARBOSA MARIN	6	29662	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

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 48,17	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 18,00	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 35,07	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 101,24
---	--	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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



741602

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **741602**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **741602**

16/09/2022 14:12

AT: 741602
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 **10454187** 9 - Validade da Carteira **29/08/2022** 10 - Nome **EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **93741346000121** 14 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **DRª RONISE AMORIM RIBEIRO** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **21764** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **16/09/2022** 23 - Indicação Clínica **S626 - Fratura de outros dedos**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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 **93741346000121** 30 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA** 31 - Código CNES **3670066**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) **2** 34 - Tipo de Consulta **1** 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
16/09/2022	14:13		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00
16/09/2022	13:07		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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	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

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 120,50** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 18,00** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 13,98** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 152,48**

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



742535

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **742535**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **742535**

23/09/2022

14:23

AT: 742535
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 **10454187** 9 - Validade da Carteira **29/08/2022** 10 - Nome **EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **93741346000121** 14 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **DRª RONISE AMORIM RIBEIRO** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **21764** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **23/09/2022** 23 - Indicação Clínica **S626 - Fratura de outros dedos**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	40803120	RAIO X DE MÃO OU QUIRODACTILO	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **93741346000121** 30 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA** 31 - Código CNES **3670066**

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\$)
23/09/2022	14:50		22	40803120	RAIO X DE MÃO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 37,67	R\$ 37,67

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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	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

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 37,67** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 37,67**

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

Guia de Outras Despesas

EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN

AMA-ADVENTISTA

739418

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

739418

3 - Codigo na Operadora

93741346000121

4 - Nome do Contratado

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

5 - Codigo CNES

3670066

Codigo de Despesas Realizadas	CD = 1 Gases Mediciniais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis								
-------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	02/09/2022	15:05	15:05	0	000056317	10	0	R\$ 0,01	R\$ 0,11
16-Descrição TINTURA DE BENJOIM									
3	02/09/2022	15:05	15:05	19	70799172	25	0	R\$ 0,01	R\$ 0,28
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	02/09/2022	15:05	15:05	18	60022264	1	0	R\$ 10,00	R\$ 10,00
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	02/09/2022	15:05	15:05	19	78988624	1	0	R\$ 6,69	R\$ 6,69
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	02/09/2022	15:05	15:05	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,96
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	02/09/2022	15:05	15:05	18	60021527	1	0	R\$ 8,00	R\$ 8,00
16-Descrição TX. EXPEDIANTE ADMINISTRATIVO									
3	02/09/2022	15:05	15:05	0	0005800259	1	0	R\$ 2,94	R\$ 2,94
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

17-Total Gases Mediciniais 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\$ 13,98	R\$ 18,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 31,98

Guia de Outras Despesas

EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN

AMA-ADVENTISTA

740393

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

740393

3 - Codigo na Operadora

93741346000121

4 - Nome do Contratado

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

5 - Codigo CNES

3670066

Codigo de Despesas Realizadas	CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis								
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	09/09/2022	13:16	13:16	19	70799172	40	0	R\$ 0,01	R\$ 0,44
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	09/09/2022	13:16	13:16	18	60021527	1	0	R\$ 8,00	R\$ 8,00
16-Descrição TX. EXPEDIANTE ADMINISTRATIVO									
3	09/09/2022	13:16	13:16	19	70034664	1	0	R\$ 7,35	R\$ 7,35
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									
3	09/09/2022	13:16	13:16	0	0000130569	2	0	R\$ 3,71	R\$ 7,41
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
4	09/09/2022	13:16	13:16	18	60022264	1	0	R\$ 10,00	R\$ 10,00
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	09/09/2022	13:16	13:16	0	0000015215	1	0	R\$ 0,07	R\$ 0,07
16-Descrição GAZE ATADURA 08 CM									
3	09/09/2022	13:16	13:16	0	0001810073	180	0	R\$ 0,11	R\$ 19,80
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 12CMX1,8MT(REPOUSO) 198.485									

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\$ 35,07	R\$ 18,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 53,07

Guia de Outras Despesas

EMANUELLE ILTCHENCO DRUZIAN

AMA-ADVENTISTA

741602

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

741602

3 - Codigo na Operadora

93741346000121

4 - Nome do Contratado

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

5 - Codigo CNES

3670066

Codigo de Despesas Realizadas	CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis								
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	16/09/2022	14:12	14:12	0	000056317	10	0	R\$ 0,01	R\$ 0,11
16-Descrição TINTURA DE BENJOIM									
3	16/09/2022	14:12	14:12	19	70799172	25	0	R\$ 0,01	R\$ 0,28
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	16/09/2022	14:12	14:12	18	60022264	1	0	R\$ 10,00	R\$ 10,00
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	16/09/2022	14:12	14:12	19	78988624	1	0	R\$ 6,69	R\$ 6,69
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	16/09/2022	14:12	14:12	19	70852600	180	0	R\$ 0,02	R\$ 3,96
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 6CMX1,8MT(REPOUSO) 198.454									
4	16/09/2022	14:12	14:12	18	60021527	1	0	R\$ 8,00	R\$ 8,00
16-Descrição TX. EXPEDIANTE ADMINISTRATIVO									
3	16/09/2022	14:12	14:12	0	0005800259	1	0	R\$ 2,94	R\$ 2,94
16-Descrição TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED.D07506									

17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00	18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00	19-Total Materiais R\$ R\$ 13,98	20-Total Taxas Div. R\$ 18,00	21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00	22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00	23-Total Geral R\$ R\$ 31,98
---	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

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



739136

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **739136**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **739136**

01/09/2022 11:49

AT: 739136
US: SANDRA
Idade: 10

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 **10454711** 9 - Validade da Carteira **12/12/2023** 10 - Nome **LEONARDO MATTOS** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **93741346000121** 14 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **DR. MAURO GOULART MACEDO** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **24432** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **DR. MAURO GOULART MACEDO / 24432**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **01/09/2022** 23 - Indicação Clínica **0 - controle de contusão em dedo médio direito**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **93741346000121** 30 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA** 31 - Código CNES **3670066**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **04** 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\$)
01/09/2022	12:24		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50

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
		88238997020	DR. MAURO GOULART MACEDO	6	24432	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

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 10,50** 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) **R\$ 18,00** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 30,85** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 59,35**

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

Guia de Outras Despesas

LEONARDO MATTOS

AMA-ADVENTISTA

739136

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

739136

3 - Codigo na Operadora

93741346000121

4 - Nome do Contratado

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

5 - Codigo CNES

3670066

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Mediciniais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
3	01/09/2022	11:49	11:49	19	70799172	20	0	R\$ 0,01	R\$ 0,22
16-Descrição ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025									
4	01/09/2022	11:49	11:49	18	60022264	1	0	R\$ 10,00	R\$ 10,00
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA									
3	01/09/2022	11:49	11:49	19	70034648	1	0	R\$ 2,48	R\$ 2,48
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 08CMX1,8MT 12UNID 156.829									
4	01/09/2022	11:49	11:49	18	60021527	1	0	R\$ 8,00	R\$ 8,00
16-Descrição TX. EXPEDIANTE ADMINISTRATIVO									
3	01/09/2022	11:49	11:49	19	78988624	2	0	R\$ 6,69	R\$ 13,38
16-Descrição ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869									
3	01/09/2022	11:49	11:49	0	0000015215	1	0	R\$ 0,07	R\$ 0,07
16-Descrição GAZE ATADURA 08 CM									
3	01/09/2022	11:49	11:49	19	70034664	2	0	R\$ 7,35	R\$ 14,70
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836									

17-Total Gases Mediciniais 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\$ 30,85	R\$ 18,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 48,85

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



743362

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **743362**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **743362**

22/09/2022 10:39

AT: 743362
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 **10454077** 9 - Validade da Carteira **29/09/2022** 10 - Nome **LUCAS MATHEUS ALVES DE OLIVEIRA** 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora **93741346000121** 14 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **DR. PAULO ROITHMANN** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número do Conselho **15199** 18 - UF **43** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **DR. PAULO ROITHMANN / 15199**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **29/09/2022** 23 - Indicação Clínica **0 - entorse joelho**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40804054	RAIO X DE JOELHO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **93741346000121** 30 - Nome do Contratado **COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA** 31 - Código CNES **3670066**

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\$)
29/09/2022	10:39		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00
29/09/2022	10:43		22	40804054	RAIO X DE JOELHO	1				R\$ 39,02	R\$ 39,02

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
		44190921068	DR. PAULO ROITHMANN	6	15199	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

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 149,02** 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\$ 149,02**

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



741588

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 741588

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 741588
----------------------------	------------------------------

16/09/2022

13:11

AT: 741588
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 10454656	9 - Validade da Carteira 16/09/2022	10 - Nome NATAN SAIDLEL PAIVA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
------------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 93741346000121	14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA
--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 21764	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/09/2022	23 - Indicação Clínica 0 - LUXAÇÃO OMBRO ESQ A ESCLARECER
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
--	--	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
16/09/2022	13:11		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00

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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	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

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 110,00	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 110,00
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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