

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

V.3.0

Atend.: 1040768

Conta: 1090733

Adventista

2 - N° Guia no Prestador 23815

|                                                                                                     |                                                                  |                                                                               |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                                                                                    |                                                                  | 3 - N° Guia Principal<br>23815                                                |                                                      |
| 4 - Data da Autorização<br>05/12/2024                                                               |                                                                  | 5 - Senha                                                                     | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>23815 |
| 6 - Data Validade da Senha                                                                          |                                                                  | 10 - Nome<br>Alice Oliveira                                                   |                                                      |
| 8 - Número da Carteira<br>123                                                                       |                                                                  | 9 - Validade da Carteira                                                      | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700306910085630     |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                          |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| Dados do Beneficiário                                                                               |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 13 - Código na Operadora<br>53628393000220                                                          |                                                                  | 14 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA           |                                                      |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi                             |                                                                  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                              | 17 - Número no Conselho<br>56753                     |
| 18 - UF<br>PR                                                                                       | 19 - Código CBO<br>225124                                        | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi |                                                      |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                             |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                    | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024                           | 23 - Indicação Clínica                                                        |                                                      |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                                 | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40804097     | 26 - Descrição<br>Pé Ou Pododáctilo                                           | 27 - Qtde.Solic.<br>1                                |
| 2 22                                                                                                | 40804089                                                         | Articulação Tibiotársica (Tomozelo)                                           | 28 - Qtde.Aut.<br>0                                  |
| 3                                                                                                   |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 4                                                                                                   |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 5                                                                                                   |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| Dados do Contratado Executante                                                                      |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 29 - Código na Operadora<br>53628393000220                                                          |                                                                  | 30 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA           |                                                      |
| 31 - Código CNES<br>4607252                                                                         |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| Dados do atendimento                                                                                |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>23                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                    | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                               |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 36 - Data                                                                                           | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                              | 39 - Tabela                                                                   | 40 - Código do Procedimento                          |
| 41 - Descrição                                                                                      | 42 - Qtde.                                                       | 43 - Via                                                                      | 44 - Tec.                                            |
| 45 - Fator Red./Acresc.                                                                             | 46 - Valor Unitário (R\$)                                        | 47 - Valor Total (R\$)                                                        |                                                      |
| 1 05/12/2024 16:23:41 16:23:41 22 10101039 Em Pronto Socorro 1 1 1,00 100,00 100,00                 |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 2 05/12/2024 17:42:20 17:42:20 22 40804097 Pé Ou Pododáctilo 1 1 1,00 43,01 43,01                   |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 3 05/12/2024 17:42:20 17:42:20 22 40804089 Articulação Tibiotársica (Tomozelo) 1 1 1,00 40,79 40,79 |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 4                                                                                                   |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 5                                                                                                   |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                  |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                       | 49 - Gr.Part.                                                    | 50 - Código na Operadora/CPF                                                  | 51 - Nome do Profissional                            |
| 52 - Conselho Profissional                                                                          | 53 - Número no Conselho                                          | 54 - UF                                                                       | 55 - Código CBO                                      |
| 1 12 56753 Thaisi Carolini Teston Balconi 06 56753 PR 225124                                        |                                                                  |                                                                               |                                                      |
|                                                                                                     |                                                                  |                                                                               |                                                      |
|                                                                                                     |                                                                  |                                                                               |                                                      |
|                                                                                                     |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável    |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 1 - / /                                                                                             | 3 - / /                                                          | 5 - / /                                                                       | 7 - / /                                              |
| 2 - / /                                                                                             | 4 - / /                                                          | 6 - / /                                                                       | 8 - / /                                              |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                     |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 59 - Total Procedimentos (R\$) 183,80                                                               |                                                                  |                                                                               |                                                      |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 20,94                                                             |                                                                  | 61 - Total Materiais (R\$) 41,31                                              |                                                      |
| 62 - Total de OPME (R\$) 0,00                                                                       |                                                                  | 63 - Total Medicamentos (R\$) 3,67                                            |                                                      |
| 64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00                                                                |                                                                  | 65 - Total Geral (R\$) 249,72                                                 |                                                      |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                     |                                                                  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                |                                                      |
| 68 - Assinatura do Contratado<br>Thaisi Carolini Teston Balconi (CRM 56753)                         |                                                                  |                                                                               |                                                      |

WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda  
Rua Manoel Corrêa 965

Adventista

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

V.3.0  
Atend.: 1040768  
Conta: 1090733  
Alice Oliveira

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número da Guia Referenciada |
|                  | 23815                           |

Dados do Contratado Executante

|                         |                                          |                 |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|
| 3 - Código na Operadora | 4 - Nome do Contratado                   | 5 - Código CNES |
| 53628393000220          | WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA | 4607252         |

Despesas Realizadas

| 6 - CD                                                    | 7 - Data         | 8 - Hora inicial a 9 - Hora final       | 10 - Tabela | 11 - Código do Item                | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário - R\$ | 16 - Valor Total - R\$ |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|-------------|------------------------------------|------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| 17-Registro ANVISA do Material                            |                  | 18-Referência do material no fabricante |             | 19-Nº Autorização de Funcionamento |            |                        |                           |                           |                        |
| 1                                                         | 2 05/12/2024     | 16:23                                   | 17:42       | 20                                 | 90137485   | 1                      | 001                       | 1,00                      | 3,67                   |
| 20 - Descrição : DipiRONA 1g/2ml (novalgina)              |                  |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 2                                                         | 3 05/12/2024     | 16:23                                   | 17:42       | 19                                 | 70011672   | 1                      | 036                       | 1,00                      | 19,27                  |
| 20 - Descrição : 30281664 Agulha Eclipse 120 x 40         |                  |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 3                                                         | 3 05/12/2024     | 16:23                                   | 17:42       | 19                                 | 0000043602 | 1                      | 036                       | 1,00                      | 19,27                  |
| 20 - Descrição : 30281864 Agulha Eclipse 070 x 25         |                  |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 4                                                         | 3 05/12/2024     | 16:23                                   | 17:42       | 19                                 | 70705291   | 1                      | 036                       | 1,00                      | 2,77                   |
| 20 - Descrição : 990174 Ser. Plastipak 3 ml Luer Lok      |                  |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 5                                                         | 7 05/12/2024     | 16:23                                   | 16:23       | 18                                 | 60033746   | 1                      | 036                       | 1,00                      | 20,94                  |
| 20 - Descrição : Taxa De Sala Para Aplicação De Medicação |                  |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 6                                                         | 20 - Descrição : |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 7                                                         | 20 - Descrição : |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 8                                                         | 20 - Descrição : |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 9                                                         | 20 - Descrição : |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |
| 10                                                        | 20 - Descrição : |                                         |             |                                    |            |                        |                           |                           |                        |

|                                   |                               |                            |                          |                                    |                        |                      |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais (R\$) | 22 - Total Medicamentos (R\$) | 23 - Total Materiais (R\$) | 24 - Total de OPME (R\$) | 25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$) | 26 - Total Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0,00                              | 3,67                          | 41,31                      | 0,00                     | 20,94                              | 0,00                   | 65,92                |

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

V.3.0  
Atend.: 1040768  
Conta: 1090733

2 - N° Guia no Prestador 23815

|                                       |                                |                            |                                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                      | 3 - N° Guia Principal<br>23815 |                            |                                                      |
| 4 - Data da Autorização<br>05/12/2024 | 5 - Senha                      | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>23815 |

|                               |                          |                             |  |                                                  |                            |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------------------------|----------------------------|
| Dados do Beneficiário         |                          | 10 - Nome<br>Alice Oliveira |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700306910085630 | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| 8 - Número da Carteira<br>123 | 9 - Validade da Carteira |                             |  |                                                  |                            |

|                                             |  |                                                                     |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Dados do Solicitante                        |  | 14 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA |  |  |  |
| 13 - Código na Operadora<br>760192310000109 |  |                                                                     |  |  |  |

|                                                          |                                  |                                  |               |                           |                                                                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Win Hospital PA | 16 - Conselho Profissional<br>10 | 17 - Número no Conselho<br>21598 | 18 - UF<br>PR | 19 - Código CBO<br>225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Win Hospital PA |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                                                         |                                        |                        |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |                                        |                        |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                        | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024 | 23 - Indicação Clínica |

|             |                                                  |                |                  |                |
|-------------|--------------------------------------------------|----------------|------------------|----------------|
| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde.Solic. | 28 - Qtde.Aut. |
| 1           |                                                  |                |                  |                |
| 2           |                                                  |                |                  |                |
| 3           |                                                  |                |                  |                |
| 4           |                                                  |                |                  |                |
| 5           |                                                  |                |                  |                |

|                                             |  |                                                                     |  |                             |
|---------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante              |  | 30 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA |  | 31 - Código CNES<br>4607252 |
| 29 - Código na Operadora<br>760192310000109 |  |                                                                     |  |                             |

|                                |                                                                  |                            |                                            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do atendimento           |                                                                  |                            |                                            |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>04 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta<br>1 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                                     |             |                             |                   |  |  |  |  |  | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|------------|----------|-----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data                                             | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição    |  |  |  |  |  |            |          |           |                         |                           |                        |
| 1 05/12/2024                                          | 16:23:41 16:23:41                   | 22          | 10101039                    | Em Pronto Socorro |  |  |  |  |  | 1          | 1        |           | 1,00                    | 100,00                    | 100,00                 |
| 2                                                     |                                     |             |                             |                   |  |  |  |  |  |            |          |           |                         |                           |                        |
| 3                                                     |                                     |             |                             |                   |  |  |  |  |  |            |          |           |                         |                           |                        |
| 4                                                     |                                     |             |                             |                   |  |  |  |  |  |            |          |           |                         |                           |                        |
| 5                                                     |                                     |             |                             |                   |  |  |  |  |  |            |          |           |                         |                           |                        |

|                                                    |               |                              |                           |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) |               |                              |                           |                            |                         |         |                 |
| 48 - Seq.Ref.                                      | 49 - Gr.Part. | 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
| 1                                                  | 12            | 21598                        | Win Hospital PA           | 10                         | 21598                   | PR      | 225125          |

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

|                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 58 - Observação / Justificativa                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda</div> <div>Rua Manoel Correia 965</div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                          |                                           |                                    |                                  |                                       |                                         |                                  |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>100,00 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0,00 | 61 - Total Materiais (R\$)<br>0,00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0,00 | 63 - Total Medicamentos (R\$)<br>0,00 | 64 - Total Gases Medicinais R\$<br>0,00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>100,00 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|

|                                                 |                                                |                                                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado<br>Win Hospital PA (CRM 21598) |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Alice Oliveira  
**Nº da Carteira:** 2.21.3903  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá



**Data de Nascimento:** 30/12/2015

**Nº da Guia:** 23815

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                       | Atividade               |
|--------------------|----------|-----------------------------|-------------------------|
| 05/12/2024         | 15:25:00 | Playground (Ex.: parquinho) | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo                                       |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Pé Esquerdo, 4º Dedo Pé Esquerdo, 5º Dedo Pé Esquerdo |

| Descrição                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava no playground e acabou batendo o pé no escorregador enquanto brincava, seu pé esquerdo está levemente inchado. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof. Willian            | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Prof. Willian                   | 05/12/2024 |

| Local de atendimento | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone                          |
|----------------------|-------------------|-----|----------|-----------------------------------|
| Hopital Win          | Rua Manoel Corrêa | 965 | Costeira | (41) 99934-3193<br>(41) 3189-4000 |

| Observações                                         |
|-----------------------------------------------------|
| A aluna foi atendida e encaminhada ao hospital Win. |

Ass.: 

Leticia de Souza Martins

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <http://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Prescrição Eletrônica Paciente



Atd: 1040768

Paciente: Alice Oliveira  
Dt. Nascto.: 30/12/2015 8a 11m 5d  
Dt. Entrada: 05/12/2024 16:23:41  
Prontuário: 252391  
Médico: Dra. Thaisi Carolini Teston Balconi (CRM 56753)  
Alergias :

Atendimento 1040768  
Convênio: Adventista / Ambulatorial  
Plano:  
Sexo: Feminino  
Período: 05/12/2024 16.00 06/12/2024 15.59

Setor: WIN | Pronto Atendimento  
Unidade: Pediátrico

| Medicamento                   | Dose / Intervalo / Via                                                                              | Horários | Vigência                    |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|
| 1 DipiRONA 1g/2ml (novalgina) | 2 Mililitros Via Intramuscular Infantil<br>Intervalo: AGORA   Dose/evento únicos<br>Início imediato | 17:06    | 05/12 17:06 até 06/12 17:04 |

| Exames e Procedimentos                                                    | Qtde / Intervalo | Horários | Vigência                    |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------------------------|
| 1 RX - Articulação Tibiotársica (Tornozelo)<br>Indicação clínica: TORÇÃO? | 1 AGO            | 17:06    | 05/12 17:06 até 06/12 17 05 |
| 2 RX - Pé Ou Pododáctilo<br>Indicação clínica: TRAUMA                     | 1 AGO            | 17:06    | 05/12 17:06 até 06/12 17:05 |

Dra. Thaisi C. T. Balconi  
Médica/Pediatrica  
CRM/PR-56753



## Evolução Paciente

|              |                |        |             |                         |
|--------------|----------------|--------|-------------|-------------------------|
| Paciente     | Alice Oliveira |        | Atendimento | 1.040.768               |
| Data Nascto. | 30/12/2015     | 8 Anos | Prontuário  | 252.391                 |
| Sexo         | Feminino       |        | Dt. Entrada | 05/12/2024 16:23:41     |
| Telefone     | ( ) 41 -       |        | Convênio    | Adventista Ambulatorial |
| Leito        | PA Ped         |        |             |                         |

| Data evolução    | Liberação   | Função          | Tipo evolução        | Especialidade | Usuário                         | Código prof |
|------------------|-------------|-----------------|----------------------|---------------|---------------------------------|-------------|
| 05/12/2024 17:14 | 05/12 17:16 | Tec/Auxiliar de | Anotação ENF/Técnico |               | Adriana<br>Rodrigues<br>Santana |             |

Paciente menor de idade acompanhada de sua mae ,relata dor em pe , criança ativa e reativa comunicativa, respiração em aa,deambula, foi avaliada péla DR Thaisi apos consulta MCPM IM ,appos liberada com orientação medica.

Adriana R. Santana  
Técnica de Enfermagem  
CODEN 610670



|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|
| Adventista                                                                                       |  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  | V.3.0                                                                         |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  | Atend.: 1040768                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  | Prescr: 600300                                                                |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 1 - Registro ANS                                                                                 |  | 3 - N° Guia Principal<br>23815                                                     |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4 - Data da Autorização<br>05/12/2024                                                            |  | 5 - Senha                                                                          |  | 6 - Data Validade da Senha                                          |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>23815 |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 8 - Número da Carteira<br>123                                                                    |  |                                                                                    |  | 9 - Validade da Carteira                                            |  | 10 - Nome<br>Alice Oliveira                          |  |                                             |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700306910085630 |  |                                                                               |  | 12 - Atendimento a RN<br>N |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 13 - Código na Operadora<br>760192310000109                                                      |  |                                                                                    |  | 14 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi                          |  |                                                                                    |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                    |  | 17 - Número no Conselho<br>56753                     |  | 18 - UF<br>PR                               |  | 19 - Código CBO<br>225124                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                          |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024                                             |  | 23 - Indicação Clínica<br>TORÇAO?                                   |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                              |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40804089                       |  | 26 - Descrição<br>RX - Articulação Tibiotársica (Tornozelo)         |  |                                                      |  |                                             |  | 27 - Qtde.Solic.<br>1                            |  | 28 - Qtde.Aut.<br>1                                                           |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 3                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 5                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 29 - Código na Operadora                                                                         |  |                                                                                    |  | 30 - Nome do Contratado                                             |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  | 31 - Código CNES           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do atendimento                                                                             |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>4                                                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                   |  |                                                                     |  | 34 - Tipo de Consulta                                |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento  |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 36 - Data                                                                                        |  | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                                                |  | 39 - Tabela                                                         |  | 40 - Código do Procedimento                          |  | 41 - Descrição                              |  | 42 - Qtde.                                       |  | 43 - Via                                                                      |  | 44 - Tec.                  |  | 45 - Fator Red./Acresc. |  | 46 - Valor Unitário (R\$) |  | 47 - Valor Total (R\$) |  |
| 1                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 3                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 5                                                                                                |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                    |  | 49 - Gr.Part.                                                                      |  | 50 - Código na Operadora/CPF                                        |  | 51 - Nome do Profissional                            |  | 52 - Conselho Profissional                  |  | 53 - Número no Conselho                          |  | 54 - UF                                                                       |  | 55 - Código CBO            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 1 - ____/____/____                                                                               |  | 3 - ____/____/____                                                                 |  | 5 - ____/____/____                                                  |  | 7 - ____/____/____                                   |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2 - ____/____/____                                                                               |  | 4 - ____/____/____                                                                 |  | 6 - ____/____/____                                                  |  | 8 - ____/____/____                                   |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                   |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                                  |  | 61 - Total Materiais (R\$)                                          |  | 62 - Total de OPME (R\$)                             |  | 63 - Total Medicamentos (R\$)               |  | 64 - Total Gases Medicinais R\$                  |  | 65 - Total Geral (R\$)                                                        |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>____/____/____                                |  |                                                                                    |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>05/12/2024        |  |                                                      |  | 68 - Assinatura do Contratado<br>05/12/2024 |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Impresso em: 05/12/2024 17:09:05                                                                 |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Página 1                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| natalia.lobes                                                                                    |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| WATE70106                                                                                        |  |                                                                                    |  |                                                                     |  |                                                      |  |                                             |  |                                                  |  |                                                                               |  |                            |  |                         |  |                           |  |                        |  |

WIN - Serviços Médicos  
e Hospitalares Ltda  
Rua Manoel Correia 965

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

V 3.0

Adventista

Atend.: 1040768

2 - N° Guia no Prestador 23815

|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Registro ANS                                                                                 |                     | 3 - N° Guia Principal<br>23815                                      |                                                |                                                             |                               |
| 4 - Data da Autorização<br>05/12/2024                                                            |                     | 5 - Senha                                                           |                                                | 6 - Data Validade da Senha                                  |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>23815        |                               |
| 8 - Número da Carteira<br>123                                                                    |                     | 9 - Validade da Carteira                                            |                                                | 10 - Nome<br>Alice Oliveira                                 |                               |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700306910085630                                                 |                     |                                                                     |                                                | 12 - Atendimento a RN<br>N                                  |                               |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 13 - Código na Operadora<br>760192310000109                                                      |                     | 14 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA |                                                |                                                             |                               |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi                          |                     | 16 - Conselho Profissional<br>06                                    |                                                | 17 - Número no Conselho<br>56753                            |                               |
|                                                                                                  |                     | 18 - UF<br>PR                                                       |                                                | 19 - Código CBO<br>225124                                   |                               |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi                    |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                          |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |                     | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024                              |                                                | 23 - Indicação Clínica<br>TORÇÃO?                           |                               |
| 24 - Tabela<br>1                                                                                 |                     | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40804089        |                                                | 26 - Descrição<br>RX - Articulação Tibiotársica (Tornozelo) |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 27 - Qtde.Solic.<br>1                                       |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 28 - Qtde.Aut.<br>1                                         |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 29 - Código na Operadora                                                                         |                     | 30 - Nome do Contratado                                             |                                                |                                                             |                               |
| 31 - Código CNES                                                                                 |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| Dados do atendimento                                                                             |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>4                                                                    |                     | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9    |                                                | 34 - Tipo de Consulta                                       |                               |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                       |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 36 - Data                                                                                        | 37 - Hora inicial a | 38 - Hora final                                                     | 39 - Tabela                                    | 40 - Código do Procedimento                                 | 41 - Descrição                |
| 1                                                                                                |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 2                                                                                                |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 3                                                                                                |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 4                                                                                                |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 5                                                                                                |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                    | 49 - Gr.Part.       | 50 - Código na Operadora/CPF                                        | 51 - Nome do Profissional                      | 52 - Conselho Profissional                                  | 53 - Número no Conselho       |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 1 -                                                                                              | 2 -                 | 3 -                                                                 | 4 -                                            | 5 -                                                         | 6 -                           |
| 7 -                                                                                              | 8 -                 | 9 -                                                                 | 10 -                                           |                                                             |                               |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                |                                                             |                               |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                   |                     | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                   |                                                | 61 - Total Materiais (R\$)                                  |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 62 - Total de OPME (R\$)                                    |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 63 - Total Medicamentos (R\$)                               |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 64 - Total Gases Medicinais R\$                             |                               |
|                                                                                                  |                     |                                                                     |                                                | 65 - Total Geral (R\$)                                      |                               |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                     |                                                                     | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                             | 68 - Assinatura do Contratado |
|                                                                                                  |                     |                                                                     | 05/12/2024                                     |                                                             | 05/12/2024                    |



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

V.3.0

Atend.: 1040768  
Prescr: 600300

2 - N° Guia no Prestador 23815

Adventista

|                                                                                                  |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|-----------------|--|-------------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                                                                 |  | 3 - N° Guia Principal<br>23815                                      |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4 - Data da Autorização<br>05/12/2024                                                            |  | 5 - Senha                                                           |  | 6 - Data Validade da Senha                       |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>23815 |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                     |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700306910085630 |  |                                                      |  | 12 - Atendimento a RN<br>N    |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 8 - Número da Carteira<br>123                                                                    |  | 9 - Validade da Carteira                                            |  | 10 - Nome<br>Alice Oliveira                      |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 13 - Código na Operadora<br>760192310000109                                                      |  | 14 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi                          |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                    |  | 17 - Número no Conselho<br>56753                 |  | 18 - UF<br>PR                                        |  | 19 - Código CBO<br>225124     |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                          |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024                              |  | 23 - Indicação Clínica<br>TRAUMA                 |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                              |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40804097        |  | 26 - Descrição<br>RX - Pé Ou Pododáctilo         |  |                                                      |  | 27 - Qtde.Solic.<br>1         |  | 28 - Qtde.Aut.<br>1                                                           |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 3                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 5                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 29 - Código na Operadora                                                                         |  | 30 - Nome do Contratado                                             |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  | 31 - Código CNES       |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do atendimento                                                                             |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>4                                                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9    |  | 34 - Tipo de Consulta                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 36 - Data                                                                                        |  | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                                 |  | 39 - Tabela                                      |  | 40 - Código do Procedimento                          |  | 41 - Descrição                |  | 42 - Qtde.                                                                    |  | 43 - Via               |  | 44 - Tec.       |  | 45 - Fator Red./Acresc. |  | 46 - Valor Unitário (R\$) |  | 47 - Valor Total (R\$) |  |
| 1                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 3                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 5                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 48 - Seq.Ref.                                                                                    |  | 49 - Gr.Part.                                                       |  | 50 - Código na Operadora/CPF                     |  | 51 - Nome do Profissional                            |  | 52 - Conselho Profissional    |  | 53 - Número no Conselho                                                       |  | 54 - UF                |  | 55 - Código CBO |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 1 - / /                                                                                          |  | 3 - / /                                                             |  | 5 - / /                                          |  | 7 - / /                                              |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2 - / /                                                                                          |  | 4 - / /                                                             |  | 6 - / /                                          |  | 8 - / /                                              |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                                                                  |  |                                                                     |  |                                                  |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                   |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                   |  | 61 - Total Materiais (R\$)                       |  | 62 - Total de OPME (R\$)                             |  | 63 - Total Medicamentos (R\$) |  | 64 - Total Gases Medicinais R\$                                               |  | 65 - Total Geral (R\$) |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>/ /                                           |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>05/12/2024        |  | 68 - Assinatura do Contratado<br>05/12/2024      |  |                                                      |  |                               |  |                                                                               |  |                        |  |                 |  |                         |  |                           |  |                        |  |

WIN - Serviços Médicos  
e Hospitalares Ltda  
Rua Manoel Correia 965

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

V 3.0  
Atend.: 1040768

Adventista

2 - N° Guia no Prestador 23815

|                                       |  |                                                      |  |
|---------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                      |  | 3 - N° Guia Principal<br>23815                       |  |
| 4 - Data da Autorização<br>05/12/2024 |  | 5 - Senha                                            |  |
| 6 - Data Validade da Senha            |  | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>23815 |  |

**Dados do Beneficiário**

|                               |  |                          |  |                             |  |                                                  |  |                            |  |
|-------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| 8 - Número da Carteira<br>123 |  | 9 - Validade da Carteira |  | 10 - Nome<br>Alice Oliveira |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700306810086620 |  | 12 - Atendimento a RN<br>N |  |
|-------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------------------------|--|----------------------------|--|

**Dados do Solicitante**

|                                                                         |  |                                                                     |  |                                  |  |                                  |  |               |  |                           |  |                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------|--|---------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13 - Código na Operadora<br>760192310000109                             |  | 14 - Nome do Contratado<br>WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA |  |                                  |  |                                  |  |               |  |                           |  |                                                                               |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi |  |                                                                     |  | 16 - Conselho Profissional<br>06 |  | 17 - Número no Conselho<br>56753 |  | 18 - UF<br>PR |  | 19 - Código CBO<br>225124 |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Thaisi Carolini Teston Balconi |  |

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

|                                  |  |                                                              |  |                                          |  |                       |  |                     |  |  |  |
|----------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------|--|---------------------|--|--|--|
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2 |  | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024                       |  | 23 - Indicação Clínica<br>TRAUMA         |  |                       |  |                     |  |  |  |
| 24 - Tabela<br>1 22              |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40804097 |  | 26 - Descrição<br>RX - Pé Ou Pododáctilo |  | 27 - Qtde.Solic.<br>1 |  | 28 - Qtde.Aut.<br>1 |  |  |  |
| 2                                |  |                                                              |  |                                          |  |                       |  |                     |  |  |  |
| 3                                |  |                                                              |  |                                          |  |                       |  |                     |  |  |  |
| 4                                |  |                                                              |  |                                          |  |                       |  |                     |  |  |  |
| 5                                |  |                                                              |  |                                          |  |                       |  |                     |  |  |  |

**Dados do Contratado Executante**

|                          |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|--------------------------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|
| 29 - Código na Operadora |  | 30 - Nome do Contratado |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 31 - Código CNES |  |
|--------------------------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|

**Dados do atendimento**

|                               |  |                                                                  |  |                       |  |                                            |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 32 - Tipo de Atendimento<br>4 |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  | 34 - Tipo de Consulta |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| 36 - Data | 37 - Hora inicial a | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-----------|---------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|-----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1         |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                         |                           |                        |
| 2         |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                         |                           |                        |
| 3         |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                         |                           |                        |
| 4         |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                         |                           |                        |
| 5         |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                         |                           |                        |

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

|               |  |               |  |                              |  |                           |  |                            |  |                         |  |         |  |                 |  |
|---------------|--|---------------|--|------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|---------|--|-----------------|--|
| 48 - Seq.Ref. |  | 49 - Gr.Part. |  | 50 - Código na Operadora/CPF |  | 51 - Nome do Profissional |  | 52 - Conselho Profissional |  | 53 - Número no Conselho |  | 54 - UF |  | 55 - Código CBO |  |
|               |  |               |  |                              |  |                           |  |                            |  |                         |  |         |  |                 |  |
|               |  |               |  |                              |  |                           |  |                            |  |                         |  |         |  |                 |  |
|               |  |               |  |                              |  |                           |  |                            |  |                         |  |         |  |                 |  |
|               |  |               |  |                              |  |                           |  |                            |  |                         |  |         |  |                 |  |

**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 Procedimentos (R\$) |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) |  | 61 - Total Materiais (R\$) |  | 62 - Total de OPME (R\$) |  | 63 - Total Medicamentos (R\$) |  | 64 - Total Gases Medicinais R\$ |  | 65 - Total Geral (R\$) |  |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------|--|---------------------------------|--|------------------------|--|

|                                                                   |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>____/____/____ |  |  |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>05/12/2024 |  |  |  | 68 - Assinatura do Contratado<br>05/12/2024 |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|