



MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1420976-24

Atend. 00000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1111577-24

4 - Data da Autorização
16/08/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
01

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ARTHUR WILLIAN HAMANN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76019231000109

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
MATHEUS PISA FREITAS

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
IUI

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial

22	10101039	EM PRONTO SOCORRO
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
22	40803104	RX ANTEBRACO
22	40803112	RX PUNHO
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO

27 - Qtde. Solicit.	28 - Qtde. Aut.
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76019231000109

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
[3]

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[2]

34 - Tipo de Consulta
[2]

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
[5]

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
16/08/2024	09:40		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	1	1	C	1,00	10,50	10,50
16/08/2024	:		22	40803104	RX ANTEBRACO	1	1	C	1,00	39,58	39,58
16/08/2024	:		22	40803112	RX PUNHO	1	1	C	1,00	40,49	40,49
16/08/2024	:		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1	C	1,00	37,76	37,76
16/08/2024	09:40		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00

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

48 - Seq.Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
2 12 10335689965 MATHEUS PISA FREITAS

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
CRM 48280 PR

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. / / 2. / / 3. / / 4. / / 5. / / 6. / / 7. / / 8. / /

9. / /
WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda
Rua Manoel Correia 965

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
44,62

61 - Total de Materiais (R\$)
10,06

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
261,01

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Manoel Correia, 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Gu.
0000

0000000000088096

Atend. 111157

24

Pág.: 1 de 1

Atribuído pela Operadora
0088096

Atendimento a

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
0088096

4 - Data da Autorização
16/08/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha
31/08/2024

7 - Número da Guia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
01

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ARTHUR WILLIAN HAMANN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante
CLINICA MEDICA SAO PAULO

16 - Conselho Profissional
OUT

17 - Número no Conselho
1

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
I2

22 - Data da Solicitação
16/08/2024 09:00:12

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.
1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CHES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
IUI

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
I1

34 - Tipo de Consulta
I0

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
II

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
16/08/2024 09:00 22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc. 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 1 78,00 78,00

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

48 - Seq.Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Arthur Willian Hamann
Nº da Carteirinha: 2.21.3773
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 30/08/2010

Nº da Guia: 19979

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/08/2024	08:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Bola bateu no braço.	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, Cotovelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava praticando a aula de Ed. Física, quando a bola acabou batendo em seu braço o causando dor.

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

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi devidamente encaminhado para a Clínica São Paulo.

Ass.:



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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br



Manoel Correia, 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador

00000000001111577-24

Atend. 1111577-24

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1111577-24

4 - Data da Autorização
16/08/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1111577-24

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
01

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ARTHUR WILLIAN HAMANN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante
MATEUS PISA FREITAS

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
[2]

22 - Data da Solicitação
16/08/2024 09:40:13

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. Aut.
1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
[3]

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[1]

34 - Tipo de Consulta
[0]

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
[12]

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
16/08/2024 09:40 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 1 10,50 10,50

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



NOME *Arthur William Mathmann*

DIAGNÓSTICO

MÉDICO *MATHEUS PISA FREITAS*

CONVÊNIO *ADVENTISTA*

DATA DA ENTRADA *16/08/2014*

HORA DA ENTRADA

09:19

HORA DA SAÍDA

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

HORÁRIOS
(CHECAR E ASSINAR)

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Síndrome Comatosa

09:21h

Apresentado, orientado, consciente, colabora, comunicação, deambulando, analisado pelo Dr. Mathews, encaminhado para sala para procedimentos realizados imobilização CPM após encaminhado para sala de UTI

*utilizando
o estetoscópio N 20*

Téc. Enf. Josiele R. Veit
CRM-PR: 1053419

Téc. Enf. Josiele R. Veit
CRM-PR: 1053419

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Dr. Mathews Pisa Freitas
MÉDICO
CRM-PR 18280

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



Manoel Correia, 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador

00000000001111575-24

Atend.

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 01	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo ARTHUR WILLIAN HAMANN	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-------------------------------------	--------------------------	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09	14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO				
15 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS PISA FREITAS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 48280	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento [2]	22 - Data da Solicitação 16/08/2024 09:32:47	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 22 40803104 RX ANTEBRACO 22 40803112 RX PUNHO 22 40803120 RX MAO OU QUIRODACTILO	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09	30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	31 - Código CNES 3560430
---	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento [5]	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [1]	34 - Tipo de Consulta [0]	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento [1]
--	---	-------------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
16/08/2024	09:32		22	40803104	RX ANTEBRACO	1	1			39,58	39,58
16/08/2024	09:32		22	40803112	RX PUNHO	1	1			40,49	40,49
16/08/2024	09:32		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1			37,76	37,76

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
111	111			111			
111	111			111			
111	111			111			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1. <u> </u>	3. <u> </u>
2. <u> </u>	4. <u> </u>
	5. <u> </u>
	6. <u> </u>
	7. <u> </u>
	8. <u> </u>
	9. <u> </u>
	10. <u> </u>

58 - Observação / Justificativa

**WIN - Serviços Médicos
e Hospitalares Ltda**
Rua Manoel Correia 965

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

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

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
------------------	------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome <i>Arthur William Hermann</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	--	-------------------------------	-----------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Matheus Piza Freitas</i> MÉDICO CRM-PR 45280
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter de Atendimento ☒ 22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica <i>Queda sobre ombro esquerdo</i>
---	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1- ☐	☐	<i>Reis - x de Mão e Ombro esquerdo (3 unidades) / Reis - x de Antebraço esquerdo (AP/Art.)</i>	☐	☐
2- ☐	☐		☐	☐
3- ☐	☐		☐	☐
4- ☐	☐		☐	☐
5- ☐	☐		☐	☐

Dados do Contratante Executante

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

Dados do Atendimento

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

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	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 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Profissional	59 - Assinatura do Contratado
1- ☐	3- ☐	5- ☐	7- ☐
2- ☐	4- ☐	6- ☐	8- ☐
			9- ☐
			10- ☐

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total 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
---	--	-------------------------------