

Adventista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										V.3.0									
												Atend.: 1027198									
												Conta: 1077811									
2 - N° Guia no Prestador 23447																					
1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal																			
23447																					
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora															
26/11/2024		23447				23447															
Dados do Beneficiário																					
8 - Número da Carteira				9 - Validade da Carteira		10 - Nome				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN									
123						Joao Luiz Goncalves Fangueiro						N									
Dados do Solicitante																					
13 - Código na Operadora				14 - Nome do Contratado																	
760192310000109				WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA																	
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
Silvana do Socorro das Chagas Cardoso				06		56632		PR		225124		Silvana do Socorro das Chagas Cardoso									
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																					
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica																	
2		26/11/2024																			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde.Solic.		28 - Qtde.Aut.													
1 22		40804097		Pé Ou Pododáctilo		1		0													
2																					
3																					
4																					
5																					
Dados do Contratado Executante																					
29 - Código na Operadora				30 - Nome do Contratado								31 - Código CNES									
760192310000109				WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA								4607252									
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															
23		9		1																	
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 26/11/2024		09:33:01 09:33:01		22		10101039		Em Pronto Socorro		1		1				1,00		100,00		100,00	
2 26/11/2024		11:08:56 11:08:56		22		40804097		Pé Ou Pododáctilo		1		1				1,00		43,01		43,01	
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		56632		Silvana do Socorro das Chagas Cardoso		06		56632		PR		225124							
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\$)									
143,01		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		143,01									
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado													
								Silvana do Socorro das Chagas Cardoso (CRM 56632)													
Impresso em: 29/11/2024 15:40:53												Página 1		cassiane.avelin		WATE70106					

Adventista

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

V.3.0

Atend.: 1027198
Conta: 1077811

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal
34474 - Data da Autorização
26/11/2024

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuída

Dados do Beneficiário
18 - Nome do Beneficiário
da Casteira

9 - Validade

10 - Nome do Profissional
João Luiz Gonçalves Figueiro

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
760192310000109

14 - Nome do Contratado

WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
Win Hospital PA16 - Conselho Profissional
1017 - Número no Conselho
2159818 - UF
PR19 - Código CBO
22512520 - Assinatura do Profissional Solicitante
Win Hospital PA

Dados do Serviço / Procedimentos ou Atos Assistenciais Solicitados

21 - Tipo de Atendimento

22 - Data da Solicitação
26/11/2024

23 - Indicação Clínica

27 - Qtde. Solic.

28 - Qtde. Aut.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

1

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76019231000010930 - Nome do Contratado
WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA31 - Código CNES
4607252

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
0433 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
934 - Tipo de Consulta
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

1 26/11/2024 09:33:01 09:33:01 22 10101039 Em Pronto Socorro

42 - Qtde.

1

43 - Via

1

44 - Tec.

1,00

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

60,00

47 - Valor Total (R\$)

60,00

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

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

1 12 21598 Win Hospital PA

52 - Conselho Profissional
1053 - Número no Conselho
2159854 - UF
PR55 - Código CBO
225125

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

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60,00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de OPME (R\$)

0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total Gases

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado
Win Hospital PA (CRM 21598)WIN - Serviços Médicos
e Hospitalares Ltda
Rua Manoel Correia 965

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Luiz Gonçalves Fangueiro
Nº da Carteira: 2.21.3438
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 23/07/2011

Nº da Guia: 23447

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/11/2024	08:32:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito

Descrição

O aluno ao dividir a bola o colega chutou o pé direito dele.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Willian	(41) 98412-5119

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra	26/11/2024

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

Observações

O aluno foi chutar a bola e o colega acabou chutando o pé direito dele.

Ass.:



Colégio Adventista Paranaguá
Ed. Infantil, Ens. Fundamental
e Médio.

CNPJ 76.726.884/0026-86
Rua Manoel Corrêa, 830 – Costeira
Paranaguá- PR/ CEP 83.203 – 410
Fone: (41) 3427- 8200

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

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

V.3.0

Atend.: 1027198

Adventista

2 - N° Guia no Prestador 23447

1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal 23447	
4 - Data da Autorização 26/11/2024		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 23447	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 123		9 - Validade da Carteira		10 - Nome Joao Luiz Goncalves Fanguero		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 760192310000109		14 - Nome do Contratado WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA							
15 - Nome do Profissional Solicitante Silvana do Socorro das Chagas Cardoso		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 56632		18 - UF PR		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Silvana do Socorro das Chagas Cardoso</i> Pediatra	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/11/2024		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde.Solic.		28 - Qtde.Aut.			
1 22		40804097		RX - Pé Ou Pododáctilo		1		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 4		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 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 1-PÉ DIREITO TRAUMA POR FUBETOL											
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 26/11/2024				68 - Assinatura do Contratado 26/11/2024			