



MANOEL 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. 1421164-24

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 1112718-24	4 - Data da Autorização 22/08/2024	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha 06/09/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
------------------	--	---------------------------------------	-----------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 123	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo MURILO ANDRADE MESQUITA	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 MIRTHA MARIA DEL CARMEN RIOS DE CHAMORRO	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 56571	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 U	22 - Data da Solicitação 22/08/2024 09:44:23	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	---	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40901122	ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	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 U	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 11
-------------------------------	--	----------------------------	--

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\$)
22/08/2024	09:44	00:00	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00
22/08/2024			22	40901122	ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	1	1	C	1,00	180,76	180,76

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

48 - Seq.Ref 2	49 - Grau Part. 12	50 - Código da Operadora/CPF 10116942126	51 - Nome do Profissional MIRTHA MARIA DEL CARMEN RIOS DE CHAMORRO	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 56571	54 - UF PR	55 - Código CBO
-------------------	-----------------------	---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------

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

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\$) 20,94	61 - Total de Materiais (R\$) 43,72	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) 8,05	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 331,47
----------------------------------	---	--	--------------------------	--	--	----------------------------------

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



MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 1112718-24

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada

1112718-24

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

76019231000109

4 - Nome do Contratado

CLINICA MEDICA SAO PAULO

5 - Código CNES

3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acréc.	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- 4	22/08/2024			18	1010048	1,00	036	0,00	20,94	20,94
2- 2	22/08/2024			05	90096924	1,00	001	0,00	8,05	8,05
DIPIRONA										
3- 3	22/08/2024			19	0000043602	1,00	036	0,00	20,11	20,11
DIPIRONA AMPOLA 500 MG/ML SOL. INJ X 2ML (NOVALGINA)										
4- 3	22/08/2024			19	0000043603	1,00	036	0,00	20,11	20,11
AGULHA 25X07 - AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA										
5- 3	22/08/2024			19	70705313	1,00	036	0,00	3,50	3,50
AGULHA 40 X12 AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA										
SERINGA 5 ML LUER LOK BD										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										

21 - Total de Gases Medicinais R\$

0,00

22 - Total de Medicamentos R\$

8,05

23 - Total de Materiais R\$

43,72

24 - Total de OPME R\$

0,00

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$

20,94

26 - Total de Diárias R\$

0,00

27 - Total Geral R\$

72,71



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

00000000001112718-24

Atend. 1112718-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

MURILO ANDRADE MESQUITA

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

MIRTHA MARIA DEL CARMEN RIOS DE CHAMORRO

16 - Conselho
Profissional

CRM

17 - Número no Conselho
56571

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dra. Mirtha Maria Rios
CRM PR 56571

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter
do atendimento **IU**

22 - Data da Solicitação
22/08/2024 09:44:23

23 - Indicação Clínica

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

22 10101039

EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtde.
Solicit.

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
IU

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

34 - Tipo de Consulta
I0

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
I1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
22/08/2024 09:44 22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtde.
1

43 - Via
1

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acrésc

46 - Valor unitário (R\$)
78,00

47 - Valor Total (R\$)
78,00

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

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

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

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

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

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

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. **22/08/2024**
2. **09:44**

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3. **Muriel Andrade Mesquita**
4. **22/08/2024**

5. **09:44**
6. **09:44**

7. **09:44**
8. **09:44**

9. **09:44**
10. **09:44**

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

Muriel Andrade Mesquita

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Murilo Andrade Mesquita
Nº da Carteira: 2.21.3891
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 21/08/2011

Nº da Guia: 20189



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	09:21:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Durante as atividades a bola bateu forte na região genitália.	Genital

Descrição

Durante as atividades a bola bateu forte na região genitália do aluno, causando muita dor e essa dor não passou.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Will an	(41) 98412-5119

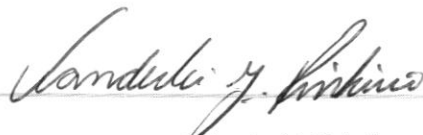
Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra Pedrozo	22/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hopital Win	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 9903-6742

Observações

Após verificação achamos por bem uma avaliação médica do aluno.

Ass.:


Vanderlei Pinheiro

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

Exames Complementares	

Paciente lucido, orientado
do comunicativo, respira-
tório em AA, realiza
2º medicamento e por
fim em Gluteo D após
aplicação paciente libe-
rado

Lidiane L. Ramos
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN/PR 001.636.618



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
0000000000

Atend.

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 123	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo MURILO ANDRADE MESQUITA	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 MIRTHA MARIA DEL CARMEN RIOS DE CHAMORRO	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 56571	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 22/08/2024 10:00:26	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou item assistencial 40901122	26 - Descrição ABDOMEN TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	
27 - Qtde. Solicit. 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 [10]	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento [12]
---------------------------------	--	-------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 22/08/2024	37 - Hora inicial 10:00	38 - Hora final 22	39 - Tabela 40901122	40 - Código do Procedimento ABDOMEN TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	42 - Qtde. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 180,76	45 - Fator Red/Acrésc. 180,76	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------	---	-----------------	---------------	---------------------	----------------------------------	---------------------------	------------------------

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 1. / / 2. / /	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 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
---	--	-------------------------------

WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda
Rua Manoel Correia 965

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro AINS		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 MURIO ANDRÉ DE MOURA		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 DRª MARIA MARIA RIOS		16 - Número do Conselho CRMPR 56571		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
--------------------------	--	-------------------------	--	--	--	---	--	---------	--	-----------------	--	---	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter de Atendimento U		22 - Data da Solicitação 21/08/29		23 - Indicação Clínica TROMBOCITOMIA ABORTIVEL	
---	--	---	--	--	--

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial		26 - Descrição ECOGRAFIA ABORTIVEL		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
1- ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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(es) 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

1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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