

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

V.3.0

Atend.: 1281971  
Conta: 1324316

Adventista

2 - N° Guia no Prestador 1

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal 1		
4 - Data da Autorização 24/06/2025	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 1	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Valentin Assuncao Alievi	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 53628393000220	14 - Nome do Contratado WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/06/2025	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 Contrato do Executante		31 - Código CNES 4607252
29 - Código na Operadora 53628393000220	30 - Nome do Contratado WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	

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

Dados de 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 24/06/2025	15:26:54 15:26:54	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

WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda  
Rua Manoel Correia 965

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\$) 100,00	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 Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 100,00
--	---	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---	----------------------------------

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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Valentin Assunção Alievi  
**Nº da Carteira:** 2.21.3923  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá



**Data de Nascimento:** 12/04/2018

**Nº da Guia:** 29796

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/06/2025	15:27:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O aluno estava no recreio, quando correndo se desequilibrou e caiu, batendo o rosto, saiu sangue do nariz.

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

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

Observações
Aluno foi encaminhado ao atendimento.

Ass.:

*Leticia de Souza Martins*

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: <https://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)