

Adventista

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

V.3.0

Atend.: 1188971

Conta: 1235156

2 - N° Guia no Prestador 27388

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal 27388									
4 - Data da Autorização 14/04/2025	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27388							
Dados do Beneficiário		10 - Nome Hugo Almeida Silveira		11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N					
8 - Número da Carteira 123	9 - Validade da Carteira	14 - Nome do Contratado WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA								
15 - Nome do Profissional Solicitante Nathalie de Rezende Oliveira		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 48070	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Nathalie de Rezende Oliveira				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/04/2025	23 - Indicação Clínica								
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803120	26 - Descrição Mão Ou Quirodáctilo	27 - Qtde.Solic. 1	28 - Qtde.Aut. 0						
2 22	40803104	Antebraço	1	0						
3 22	40803112	Punho	1	0						
4										
5										
Dados do Contratado Executante										
29 - Código na Operadora 53628393000220	30 - Nome do Contratado WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	31 - Código CNES 4607252								
Dados do atendimento										
32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - 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	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 14/04/2025	12:04:39 12:04:39	22	10101039	Em Pronto Socorro	1	1		1,00	120,00	120,00
2 14/04/2025	13:16:36 13:16:36	22	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1	1		1,00	40,79	40,79
3 14/04/2025	13:16:36 13:16:36	22	40803104	Antebraço	1	1		1,00	43,01	43,01
4 14/04/2025	13:16:36 13:16:36	22	40803112	Punho	1	1		1,00	44,12	44,12
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	48070	Nathalie de Rezende Oliveira	06	48070	PR	225125			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / /										
58 - Observação / Justificativa										
59 - Total Procedimentos (R\$) 247,92 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\$) 247,92										
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado Nathalie de Rezende Oliveira (CRM 48070)				

WIN - Serviços Médicos e Hospitalares Ltda
Rua Manoel Correia 965

Adventista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										V.3.0													
												Atend.: 1188971													
												Conta: 1235156													
2 - N° Guia no Prestador 0																									
1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal																							
4 - Data da Autorização 14/04/2025		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																			
Dados do Beneficiário																									
8 - Número da Carteira 123				9 - Validade da Carteira		10 - Nome Hugo Almeida Silveira				11 - Cartão Nacional de Saude				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 Win Hospital PA													
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																									
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/04/2025		23 - Indicação Clínica																					
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição						27 - Qtde.Solic.		28 - Qtde.Aut.													
2																									
3																									
4																									
5																									
Dados do Contratado Executante																									
29 - Código na Operadora 53628393000220				30 - Nome do Contratado WIN SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA										31 - Código CNES 4607252											
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 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 14/04/2025		12:04:39 12:04:39		22		10101039		Em Pronto Socorro		1		1				1,00									
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 -																			
2 -		4 -		6 -		8 -																			
58 - Observação / Justificativa																									
59 - Total Procedimentos (R\$)														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\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado Win Hospital PA (CRM 21598)																	
Impresso em: 14/04/2025 12:05:28														Página 1		aline.matoso		WATE70106							

WIN - Serviços Médicos
& Hospitalares Ltda
Rua Manoel Correia 965

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hugo Almeida Silveira
Nº da Carteirinha: 2.21.4341
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 02/07/2010

Nº da Guia: 27388



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/04/2025	11:50:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Caiu chapa de madeira no braço do aluno	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno foi segurar a chapa de madeira para não cair no colega, porém, a chapa acabou caindo sobre o braço do mesmo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sandra	(41) 98412-5119

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra	14/04/2025

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

Observações

O aluno foi encaminhado para avaliação médica.

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

Adventista										GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										V.3.0																			
										2 - N° Guia no Prestador 0										Atend.: 1188971 Prescr: 688252																			
1 - Registro ANS			3 - N° Guia Principal																																				
4 - Data da Autorização 14/04/2025			5 - Senha			6 - Data Validade da Senha			7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																														
Dados do Beneficiário																																							
8 - Número da Carteira 123					9 - Validade da Carteira			10 - Nome Hugo Almeida Silveira					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 Nathalie de Rezende Oliveira					16 - Conselho Profissional 06			17 - Número no Conselho 48070			18 - UF PR		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Nathalie de Rezende Oliveira																								
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																																							
21 - Caráter do Atendimento 2			22 - Data da Solicitação 14/04/2025			23 - Indicação Clínica																																	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			26 - Descrição						27 - Qtde.Solic.			28 - Qtde.Aut.																									
1 22		40803112			RX - Punho						1			1																									
2 22		40803120			RX - Mão Ou Quirodáctilo						1			1																									
3 22		40803104			RX - Antebraço						1			1																									
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																																							
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																			
14/04/2025										14/04/2025										14/04/2025																			
Impresso em: 14/04/2025 13:16:23										Página 1										natalia.lopez										WATE70106									

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

V.3.0
Atend.: 1188971

2 - N° Guia no Prestador 0

1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal 0	
4 - Data da Autorização 14/04/2025		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 0	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 123		9 - Validade da Carteira		10 - Nome Hugo Almeida Silveira		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 Nathalie de Rezende Oliveira				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 48070		18 - UF PR		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Nathalie de Rezende Oliveira	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/04/2025		23 - Indicação Clínica Trauma com fratura de clavicula e fratura antebraço mão esquerda									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.					
1 22		40803112		RX - Punho		1		1					
2 22		40803120		RX - Mão Ou Quirodáctilo		1		1					
3 22		40803104		RX - Antebraço		1		1					
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		Nathalie de Rezende Oliveira Médica CRM-PR/48070					
-------------------------------	--	--	--	-----------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--

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
____/____/____

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
14/04/2025

68 - Assinatura do Contratado
14/04/2025