

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

6) Marque com X se você é portador(a) de alguma(s) das doenças abaixo:

** Hipertensão Arterial	() Sim (X) Não	** Diabetes	() Sim (X) Não	** Úlcera Péptica	() Sim (X) Não
Mieloma Múltiplo	() Sim (X) Não	Gota	() Sim (X) Não	Doença Cardíaca	() Sim (X) Não
Feocromocitoma	() Sim (X) Não	Hipertireoidismo	() Sim (X) Não	Anemia Falciforme	() Sim (X) Não
Doença Renal	() Sim (X) Não	Cirrose	() Sim (X) Não		

Faz uso de alguma medicação? Qual? —

7) Sofre de insuficiência renal, disfunção renal ou rim não funcional? () Sim (X) Não

8) Sofre de asma ou alguma outra doença alérgica?

() Sim (X) Não Se sim, Qual? —

9) Tem alergia a algum medicamento ou alimento?

() Sim (X) Não Se sim, Qual? —

10) Já sofreu ferimentos por objetos metálicos no corpo ou nos olhos (projéteis de arma de fogo, lâminas cortantes)? () Sim (X) Não

11) Em caso de mulher, há suspeita ou confirmação de gravidez? () Sim (X) Não

Se sim, quanto tempo de gestação? —

Está amamentando? — () Sim (X) Não

12) Há quanto tempo está em jejum? —

13) Por favor, cite as doenças/cirurgias que já teve durante a sua vida: —

(X) **AUTORIZO** o uso de contraste para realização deste exame.

() **NÃO AUTORIZO** o uso de contraste para realização deste exame.

Dever ser preenchido pelo paciente ou responsável legal

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente (X) Responsável (grau de parentesco): PADRASTO Data de Nascimento: 2 / 04 / 98
 Nome legível: GILBERTO GUILAR FORTES MIRANDA JÚNIOR RG/CPF: 028.599.680-08
 Assinatura: [Assinatura] Maringá: — / — / — Hora: — : —

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Nome legível: GILBERTO GUILAR FORTES MIRANDA JÚNIOR RG/CPF: 028.599.680-08

Declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós realização do procedimento, e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital Bom Samaritano de Maringá, até a sua residência.

Assinatura: [Assinatura] Maringá: 09 / 02 / 22 Hora: 13 : 30

Dever ser preenchido pelo médico

Foi explicado todo procedimento, ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: — Assinatura: — CRM: —

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

DECLARO, que:

1. Autorizo o corpo clínico do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Bom Samaritano de Maringá a realizar o exame solicitado e a praticar todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrentes.
2. Estou ciente que no exame de _____ ao qual serei submetido (a) poderá ser necessário o **uso de meio de Contraste via endovenosa**, para obtenção de melhor resultado no diagnóstico. A administração do contraste não é totalmente isenta de riscos, porém torna-se fundamental em determinadas circunstâncias, pois melhoram a visualização das estruturas anatômicas.
3. Estou ciente que o uso do contraste pode causar efeitos colaterais/reações adversas incluindo náusea, cefaleia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (1 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos).
4. O exame de **Ressonância Magnética** utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para aquisição de imagens. O campo magnético ou as ondas eletromagnéticas nos níveis que são utilizadas neste exame não são comprovadamente prejudiciais às pessoas, **não sendo utilizada radiação ionizante**.
5. Comprometo-me a responder o questionário abaixo com informações corretas e completas, bem como a cumprir o preparo de forma adequada para realização do exame.
6. **TODOS** os objetos metálicos, incluindo marca-passo ou implantes em olhos e aparelhos auditivos, próteses dentárias, chaves, telefones celulares, óculos, canetas, moedas, joias e qualquer outro material metálico removível deverão ser retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, **a entrada na sala com estes objetos é proibida**.
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferenciados daqueles inicialmente propostos.
8. Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

Data do Exame: ____/____/____

Data de Nascimento: 26 / 01 / 05

Idade: 17 anos.

Nome completo GABRIEL MORS PULGA

Peso: 75 Altura: 1,75 Sexo: () Feminio (X) Masculino

1) Você já se submeteu a algum tipo de exame em que foi necessário o uso de contraste via endovenosa ou via oral?

() Sim (X) Não Qual? _____

2) Caso a resposta da anterior seja SIM, você apresentou algum tipo de reação à substância?

() Sim () Não Qual? _____

3) Você tem algum dos itens abaixo?

** Marca-passo cardíaco	() Sim (X) Não	** Trabalha com metal (serralheria, fundição)	() Sim (X) Não
** Clips de aneurisma	() Sim (X) Não	** DVP – derivação ventricular (válvula de hidrocefalia)	() Sim (X) Não
** Implante coclear (ouvido) / Aparelhos Auditivos	() Sim (X) Não	** Maquiagem definitiva/Tatuagem	() Sim (X) Não
** Lentes de contato	() Sim (X) Não	** Piercing	() Sim (X) Não
** Stents/Clips cirúrgicos (vesícula, intestino, estômago, e etc.)	() Sim (X) Não	** Dispositivo intra-uterino (DIU ou Mirena)	() Sim (X) Não
** Pino, prótese ou implante eletrônico, magnético, mecânico	() Sim (X) Não	** Dentadura ou prótese fixa	() Sim (X) Não
** Válvula cardíaca	() Sim (X) Não	** Expansor mamário	() Sim (X) Não
** Fragmento ou projétil metálico	() Sim (X) Não	** Outro tipo de material implantado. Qual? _____	

4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Teve alguma intercorrência?

Se sim, favor descrever: _____ () Sim (X) Não

5) Sofre de claustrofobia ou outros impedimentos para permanecer dentro do aparelho?

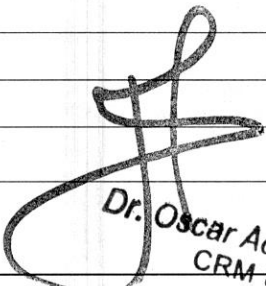
() Sim (X) Não

	PRESCRIÇÃO MÉDICA CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	GABRIEL MORS PULGA 28/01/2008 F 17a 1m 12d CLINICA AD N.Cart:1118892	478408 Dta Ped08/03/2022 Atend: 8884383
		 2485239	

Paciente		Data de Nascimento
Atendimento	Peso (quilos)	Altura (m)
Convênio	Setor	Data do atendimento
Procedimento realizado		

MEDICAMENTO	QTDE	CÓD	HORA	MEDICAMENTO	QTDE	CÓD	HORA
Adrenalina 1mg/ml - 1ml		2969		Luftal 75mg/ml - 10ml		3092	
Água destilada - 10ml		3232		Monocordil 10mg/ml - 1ml		3009	
Água destilada – 100ml		3231		Novalgina 1g/ml - 2ml		3602	
Aminofilina 240mg/10ml		3168		Plasil 10mg/2ml - 2ml		3103	
Ancoron 150mg/3ml - 3ml		2977		Primovist - 10ml		29420	
Atenolol 25mg		2980		Propofol 10mg/ml - 20ml		4789	
Atenolol 50mg		2982		Omnipaque 300 - 100ml		27743	
Atropina 0,25mg/ml - 1ml		7422		Omnipaque 350 - 100ml		29645	
Azul de metileno		3369		Omniscan - 20ml	01	29647	
Brevibloc 10mg/ml -10ml		2993		Persantin 10mg/2ml		28561	
Buscopan 20mg/ml - 1ml	01	3115		Prohance1x10ml		28821	
Buscopan composto - 5ml		3116		PVPI tópico		29447	
Capoten 25mg		3019		Seloken 1mg/ml - 5ml		27896	
Capoten 50mg		3020		Soro fisiológico 0,9% - 10ml	01	3190	
Clorexidine alcóolica 0,5%		29422		Soro fisiológico 0,9% - 10ml		3190	
Dobutrex 250mg/20ml - 20ml		2964		Soro fisiológico 0,9% - 100ml		13576	
Dormonid 15mg/3ml - 3ml		3692		Soro fisiológico 0,9% - 250ml		3271	
Ethamolin - 2ml		5449		Soro fisiológico 0,9% - 500ml		3273	
Glicose 25% - 10ml		3210		Vitamina E - 400mg		29298	
Glicose 50% - 10ml		3211		Xylocaína 2% S/V - 20ml		4455	
Isordil 5mg		4728		Xylocaína gel 2% - 30ml		3667	
Lanexat 0,5mg/5ml - 5ml		2792		Xylocaína spray 10% - 50 ml		3670	

Evolução Médica



Dr. Oscar Adolfo Fonzar
CRM-8874

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

GABRIEL MORS PULGA
26/01/2006 F 17a 1m 12d
CLÍNICA AD N.Cart:1118892

478406
Dta Ped09/03/2022
Atend: 6864383



MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath N° 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath N° 20	Un	299	0	Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath N° 22	Un	300		Luva estéril nº _____	Par		
Abbocath N° 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Agulha 40X12	Un	181	01	Luva vinil _____	Par		
Agulha 30x7	Un	180		Máscara procedimento	Un	1081	
Agulha 25x7	Un	179		Micropore 25 mm	Cm	145	
Agulha tru cut 14 gx 15mm	Un	11433		Micropore 50 mm	Cm	148	50
Aparelho para tricotomia	Un	1008		Polifix padrão 2 vias	Un	425	
Catéter de oxigênio	Un	7313		Preservativo sem lubrificante	Un	1058	
Compressa gaze	Pac	356		Protetor auricular	Un	7009	
Eletrodo de carbono	Un	28848		Safeflow	Un	29077	
Eletrodo desc de papel	Un	117		Seringa desc 10 ml luer look	Un	1142	
Eletrodo meditrace	Un	6375		Seringa desc 10 ml	Un	740	01
Equipo macrogotas	Un	497		Seringa desc 20 ml	Un	741	
Equipo intrafix compact air	Un	12155		Seringa desc 60 ml	Un	742	
Escalpe nº _____	Un			Sonda de aspiração nº 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração nº _____	Un		
Extensofix 20 cm	Un	419		Stopper	Un	5725	
Extensofix 120 cm	Un	421		Torneirinhas 3 vias	Un	426	
Lanceta safe t pro uno	Un	22279		Tubo flexível do paciente	Un	29688	
Luva de procedimento P	Un	1000					

SINAIS VITAIS

Início	PA: <u>120</u> X <u>80</u> mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm
Fim	PA: <u>120</u> X <u>80</u> mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm

Ligado oxigênio: _____ : _____ l/min **Desligado oxigênio:** _____ : _____ l/min

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado sem nenhuma intercorrência, paciente liberado após exame.-----

Jaqueline Benatto
Enfermeira
COREN-PR: 409.875

Carimbo e assinatura da enfermagem



Atendimento:	6954393	Pedido:	2465239	Ac. Number:	3078197
Registro / Nome:	GABRIEL MORS PULGA				
Data de Nascimento:	26/01/2005	Idade:	17 anos, 1 mês e 14 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	09/03/2022 13:33:00			Laudado:	14/03/2022
					09:04:48
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR				

Rm De Tornozelo Direito (Unilateral)

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Edema de aspecto contusional no aspecto posterior da epífise tibial.
Demais estruturas ósseas com sinal e morfologia preservada.
Superfícies condrais com espessura e sinal habitual.
Tendão calcâneo de aspecto preservado.
Demais estruturas tendíneas com sinal e morfologia preservados.
Estruturas ligamentares íntegras.
Fáscia plantar sem alterações.
Planos musculares sem anormalidades significativas.
Seio do tarso com aparência normal.
Ausência de derrame articular.

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744



Atendimento:	6954393	Pedido:	2465239	Ac. Number:	3078196
Registro / Nome:	GABRIEL MORS PULGA				
Data de Nascimento:	26/01/2005	Idade:	17 anos, 1 mês e 14 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	09/03/2022 13:33:00			Laudado:	14/03/2022 09:03:22
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR				

Rm De Joelho Direito (Unilateral)

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Patela tópica.
Superfícies condrais preservadas.
Estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.
Menisco lateral sem alterações.
Rotura oblíqua no corno posterior e corpo do menisco medial.
Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.
Estruturas tendíneas sem alterações.
Ausência de derrame articular.
Fossa poplíteia livre.

RENÊ KEIZO ARIKAWA
CRM- SP: 98744

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Mors Pulga
Nº da Carteira: 11.1.8892
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 26/01/2005

Nº da Guia: 4583.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/11/2021	17:10:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

O aluno interno relata que estava jogando futsal no horário de educação física, quando foi pegar a bola, ele pisou na bola, e houve a rotação interna desse membro inferior. Está referindo muita dor, não consegue deambular normalmente, está em uso de muleta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paulo	(44) 9981-2241

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	18/11/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico no dia 04/03/22, sexta-feira as 13:15 da tarde.

Ass:

Gilberto Guimar Fortes Miranda Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Gilberto Guimar Fortes Miranda Júnior

1 de 1

4/03/2022

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

2 - Nº Guia no Prestador 45

Folha: 1 / 1

91834

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

1118892

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

GABRIEL MORS PULGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

700607461488367

12 - Atendimento e RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28801

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cardar de Atendimento

22 - Data da Solicitação

04/03/2022

23 - Indicação Clínica

RNM DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO DIREITO

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou

Item Anestésico

RM ARTICULAR (POR ARTICULACÃO)

27 - Cl. Solu.

28 - Cl. Autent.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

238763040001

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

4

33 - Indicação do Atendimento (incidente ou doença relacionada)

+

34 - Tipo de Consulta

+

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

+

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Quid

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresce

46 - Valor Unitário (R\$)

Identificação (Cid) Profissional (Especialista)

48 - Seq. Rel

49 - Cl. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no C

GABRIEL MORS PULGA
26/01/2022
CLINICA AD
2465230

Código CBO

54 - Data de Realização do Procedimento em Série

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização

57 - Observação / Justificativa

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

Impresso por: DECAJUNIOR

Data: 04/03/2022 13:59:07

Contato: 084546

Atendimento: 084546

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6.945.946

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

2 - Nº Guia no Prestador 6954393000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de 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

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1118892

31/12/2022

GABRIEL MORS PULGA

700607461488367

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

06

28801

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

09/03/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Exequente

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

05

9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 09/03/2022 13:33 13:33 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

2 09/03/2022 13:33 13:33 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

001 1.0 700.88 700.88

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

1 - / / 3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

58 - Observação / Utilizativa

6 - / /

8 - / /

10 - / /

59 - Total de Procedimentos (R\$)

1401.76

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

1401.76

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado