

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 26/01/2005

Nº da Guia: 6695.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/06/2022	15:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Aluno em tratamento conservador em lesão prévia em menisco medial em joelho D. Não seguiu a orientação médica (acompanhamento realizado por Dr. Diógenes) de não realizar atividades de impacto e lesionou o mesmo local ao jogar futsal. Refere algia ao movimentar o membro. Aplicado gelo e arnica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Matheus Fedrizzi	(65) 99610-0052

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior e Enf. Célia Damasceno	21/06/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno
Liberação para a realização de ressonância magnética do joelho direito, a ser realizada no dia 25/06/2022 as 12:00, conforme pedido médico.

Ass.: 
Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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 - Bigorralho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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



1 - Registro ANS
348180

3 - Número Guia Principal

4 - Data de autorização

5 - Sexo

6 - Data Vencimento da Semina

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento é RN

Dados do Contratante Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratante

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Unidade de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Data Solic.

28 - Data

29 - Data

30 - Data

31 - Data

32 - Data

33 - Data

34 - Data

35 - Data

36 - Data

37 - Data

38 - Data

39 - Data

40 - Data

41 - Data

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratante

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (relacionada 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 - CBO

43 - VLR

44 - TDC

45 - Fator Red/Acesso

46 - Valor Unitário

47 - Valor Total

48 - Data

49 - Data

50 - Data

51 - Data

52 - Data

53 - Data

54 - Data

55 - Data

56 - Data

57 - Data

58 - Data

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

48 - Sem. Prof.

49 - Grau Prof.

50 - Código do Operador/OPF

51 - Nome do Profissional

52 - Data

53 - Data

54 - Data

55 - Data

56 - Data

57 - Data

58 - Data

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data

63 - Data

64 - Data

65 - Data

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Identificação

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data

63 - Data

64 - Data

65 - Data

66 - Data

67 - Data

68 - Data

69 - Data

70 - Data

71 - Data

72 - Data

73 - Data

74 - Data

75 - Data

76 - Data

77 - Data

78 - Data

79 - Data

60 - Total Procedimento R\$

60 - Total Taxas e Aluguéis R\$

61 - Total Materiais R\$

62 - Total OPM R\$

63 - Total Medicamentos R\$

64 - Total Gastos Médicos R\$

65 - Total Geral R\$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratante

GABRIEL MORAIS PULGA
26/01/2005 F 178 em 29d
CLINICA AD N.Cert:118892
476406
Dt: 23/06/2022
Atend: 7170258

2538785

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: 25 / 06 / 22

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Idade: 12 anos.

Nome completo GABRIELA MORAIS PULCIA

Peso: 75

Altura: _____

Sexo: () Feminino

(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?

() Sim (X) Não

Se sim, favor descrever: _____

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

() Sim (X) Não

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 () Não

Se sim, quanto tempo de gestação? _____

Está amamentando? () Sim () 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): Empresário Data de Nascimento: 02/04/1985
 Nome legível: GUILHERME GUILHERME FORTES MIMEDA JUNIOR RG/CPF: 028.599.690-01
 Assinatura: [Assinatura] Maringá: 25/06/22 Hora: 11:30

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Nome legível: GUILHERME GUILHERME FORTES MIMEDA JUNIOR RG/CPF: 028.599.690-01

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: 25/06/22 Hora: 11:30

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: _____



Atendimento:	7170256	Pedido:	2538785	Ac. Number:	3169914
Registro / Nome:	GABRIEL MORS PULGA				
Data de Nascimento:	26/01/2005	Idade:	17 anos, 4 meses e 28 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	25/06/2022 11:36:00			Laudado:	29/06/2022 09:38:54
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.

Focos de edema subcortical no aspecto posterossuperior do côndilo femoral lateral e no aspecto anterior do côndilo femoral medial, de aspecto contusional.

Formação nodular justacortical na diáfise distal do fêmur, medindo 2,5 cm, sugerindo defeito fibroso cortical.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Menisco lateral sem alterações.

Rotura em alça de balde do menisco medial com fragmento deslocado na região intercondilar e remanescente do corpo medindo 0,4 cm.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Tendinopatia leve na origem do patelar, sem roturas.

Demais estruturas tendíneas sem alterações.

Ausência de derrame articular.

Fossa poplítea livre.

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

GABRIEL MORE PULGA
26/01/2008 F 17a 4m 29d
CLÍNICA AD N.Cart:118892

476406
Dta Ped28/08/2022
Atend: 7170258



MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath Nº 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath Nº 20	Un	299		Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath Nº 22	Un	300		Luva estéril nº _____	Par		
Abbocath Nº 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Agulha 40X12	Un	181		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	
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	
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: _____ X _____ mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm
Fim	PA: _____ X _____ mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm

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

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado com intercorrências

[Assinatura]
Carimbo e assinatura da enfermagem



PRESCRIÇÃO MÉDICA
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR
IMAGEM

GABRIEL MORA PULGA
26/01/2005 F 17a 4m 29d
CLINICA AD N.Cart:1118892

476406
Dta Ped26/08/2022
Atend: 7170286



2538785

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		29647	
Brevibloc 10mg/ml - 10ml		2993		Persantin 10mg/2ml		28561	
Buscopan 20mg/ml - 1ml		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		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-8674

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

Página: 1
Data.....:25/06/2022
Hora.....: 11:38:32

COMPROVANTE DE PEDIDO DE EXAMES

Atendimento:7170256

Pedido:



2538785

Data do Pedido:25/06/2022

Nascimento:26/01/2005 17a 4m 28d

Paciente:476406 GABRIEL MORS PULGA

Medico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

Setor Solicitante: RESSONANCIA MAGNETICA - HBSM

Setor Executante: RESSONANCIA MAGNETICA - HBSM

Convenio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Sexo: F

Local: SALA DE EXAME

Plano: CLINICA ADVENTISTA ENFERMARIA

Observação:

HORÁRIO DE RETIRADA DE EXAMES: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 07:00 ÀS 18:00 HRAS.
OS EXAMES APÓS 30 DIAS SERÃO ARQUIVADOS.
EXAMES SÓ SERÃO ENTREGUES MEDIANTE DOCUMENTO E AUTORIZAÇÃO ASSINADA PELO PACIENTE.

NA DATA DA ENTREGA OS EXAMES SERÃO LIBERADOS APÓS ÀS 16:00 HRAS.
EVITE TRANSTORNO AGENDE CONSULTAS SOMENTE COM EXAMES EM MÃOS.

Justificativa:

Accession Number	Código	Descrição	Entrega
3169914	302	RM DE JOELHO (UNILATERAL)	29/06/2022



EU _____ RG _____
AUTORIZO O/A SR.(A) _____ RG _____
A RETIRAR NESTA INSTITUIÇÃO, EM MEU NOME OS EXAMES NA DESCRIÇÃO MENCIONADOS.

Paciente / Responsável

P/Tramitar!