

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Yazmin Betsabe Soto Contreras

Nº da Carteira: 11.4.1498

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 18/04/1988

Nº da Guia: 7250.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/08/2022	14:53:35	Dormitório (Ex.: residencial)	Ao chegar no quarto

O que aconteceu	Partes do corpo
Escorregou no quarto	Joelho Esquerdo, Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

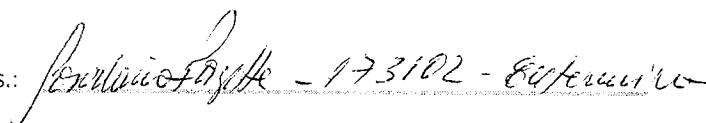
Descrição
Ao retornar do culto, a aluna encontrava-se de salto, pisou em algo (creme?) no chão do quarto, a mesma relata que escorregou, torcendo o pé E várias vezes até cair, ao cair bateu o joelho E no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Talita	(62) 9401-4898

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maricleia da Luz Zeni	13/08/2022

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
Aluna deverá retornar para avaliação com o Ortopedista conforme solicitação médica. Consulta agendada com o Dr. Samuel em 19/08/2022 às 15horas.

Ass.:  - 173102 - Enfermeira

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 7250001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000
3 - Nr. Guia Principal 7250001

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 708704108582490
9 - Validade da Carteira
10 - Nome YAZMIN BETSABE SOTO CONTRERAS
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 708704108582490
12 - Atendimento a RN 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 ~~PIRATTO JOHANN MATEUS G. GELHARDE~~
16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 41325
18 - UF 41
19 - Código CBO 225125
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1	22	40804089	RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)	1	0
---	----	----------	---	---	---

Dados do Contrato Execução
29 - Código na Operadora 23876304000112
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
31 - Código CNES 9365230

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação do Acidente (paciente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec 45 - % Ref / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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 54 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de 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

Impresso por: EPSANTOS
Data/Hora: 19/08/2022 16:30:55
Contat.Cole: 7277895
Atendimento: 7277895
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
7277895

2 - Nº Guia no Prestador 7250001

1 / 1

7277895



Atendimento: 7277895 **Pedido:** 2576740 **Ac. Number:** 3217788
Registro / Nome: YAZMIN BETSABE SOTO CONTRERAS
Data de Nascimento: 18/04/1988 **Idade:** 34 anos, 4 meses e 1 dia **Sexo:** F
Pedido do Exame: 19/08/2022 14:55:00 **Laudado:** 23/08/2022 09:48:13
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: LUAN CELSO GONCALVES R

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6896832 DATA: 19/08/2022 14:53
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7277895 DT NASC: 18/04/1988 (34A 4M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 576061 - YAZMIN BETSABE SOTO CONTRERAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/08/2022 13:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXAS DE ENTORCE DO TRONOZELO ESQUEDO HA UMA SEMANA
RETORNA AO SERVIÇO DE ORTOPEDIA REALAT AALGIA LOCAL E DIFICULDADE PARA MOBILIDADE
EFO
PELE INTEGRAL
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAO DE MELEOLO MEDIA
ADM POUCO LIMITADA
NEUROVASCULAR PRESERVADA
PT
RX TORNOZELO ESQUERDO

7277895

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ESQUERDO	1						

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

19 08 22

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31/517 / TEGT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517.

PRESCRIÇÃO.: 6897045 DATA: 19/08/2022 15:57
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7277895 DT NASC: 18/04/1988 (34A 4M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 576061 - YAZMIN BETSABE SOTO CONTRERAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/08/2022 13:31 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO
HD LESAO LIGAMENTAR
PT
ROBOFOOT
ANALGESICOS
ATESTADO

7277895

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

3 ALTA MELHORADA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO CRONICA
AO NIVEL - CRUE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1					[19/08]	15:57
---	--	--	--	--	---------	-------

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopédia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
RM/PR 31.517 / TEOT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517.

ORT

Dados do Atendimento

Atendimento: 7277895 Data/Hora: 19/08/2022 13:31 Prioridade: Baixa
Paciente: 576061 - YAZMIN BETSABE SOTO CONTRERAS Sexo: F Nasc.: 18/04/1988 (34a 4m 1d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT Especialidade: 15 - CLINICA GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: DOR NO TORNOZELO APOS TORÇÃO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2 98% DOR2 FR 20

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 136 x 99 mmHG Pulso: 83 bpm Temperatura: 36,4 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: