

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

MARIA EDUARDA BANHO OLIVEIRA
Dt. Nasc: 21/08/2002 Sx: F
Pront: 579475 Dt: 12/09/2022
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN

7320902



Aluno: Maria Eduarda do Banho Oliveira
Nº da Carteira: 11.4.1036
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 21/08/2002

Nº da Guia: 7793

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/09/2022	21:16:00	Festa da Roça	Festa de recepção

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluna relata que estava na festa da roça, participando de uma social, no momento da dança o pé virou, relata que no momento sentiu dor intensa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cryscella Abreu de Oliveira	(44) 9755-2514

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfª Joserlania Pazette	22/08/2022

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

Observações
Aluna relata que mesmo após o tratamento natural, continua sentindo dor no tornozelo. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: *Joserlania Ramos Pazette* 173102 - Espirito Santo
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

PRESCRIÇÃO.: 6953508 DATA: 12/09/2022 16:30
USUÁRIO.....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7320902 DT NASC: 21/08/2002 (20A 0M 23D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 579475 - MARIA EDUARDA BANHO OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/09/2022 14:35 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

ENTORSE DE TNZ DIREITO HA 15 DIAS
VEM PARA TIRAR DUVIDAS COM RELAÇÃO AO RETORNO AO ESPORTE
NEGA QUEIXAS ALGICAS

EF
DOR LEVE A PALPAÇÃO EM TRAJETO DO LTFA
SEM EDEMA
ADM LIVRE

PT:
ORIENTAÇÕES
AINES
A DISPOSIÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7320902

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7320902 **Prontuário:** 579475 **SAME:** **Hora Atend:** 14:35 **Data Atend:**12/09/2022
Paciente..... : MARIA EDUARDA BANHO OLIVEIRA **Idade:** 20 a
Endereço..... : RUA LEVA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 12/09/2022 **Hora Saída :** 16:32

Prestador da Evolução Médica: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
--

Dados do Atendimento

Atendimento: 7320902 **Data/Hora:** 12/09/2022 14:35 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 579475 - MARIA EDUARDA BANHO OLIVEIRA **Sexo:** F **Nasc.:** 21/08/2002 (20a 0m 23d)
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: RELATA DOR EM TORNOZELO APOS TORÇÃO HA 15 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2 98% DOR 3 FR 20

Alergias: AMOXICILNA

Sinais Vitais

P.A.: 102 x 66 mmHG **Pulso:** 94 bpm **Temperatura:** 36 °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: