

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Iury dos Santos Ferreira  
Nº da Carteira: 11.4.211227  
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 18/08/2004

Nº da Guia: 15414.001

| Data do Retorno | Horário  | Local                       | Atividade            |
|-----------------|----------|-----------------------------|----------------------|
| 03/03/2024      | 18:28:17 | Próximo da usina de energia | Deslocamento interno |

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

## Descrição

Aluno relata que ao descer do veículo, torceu o pé, caindo da própria altura. Informa que no momento sentiu uma dor forte e não conseguia firmar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência

Joselania

Telefone

(44) 99754-0412

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joselania

Data

21/02/2024

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

## Motivo do Retorno

Autorizado Ultrassom de tornozelo direito em Centro de Diagnóstico HBSM no dia 04/03/2024 às 08h40.

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior  
ENFERMEIRO  
COREN/PR: 715731  
Gilberto Junior

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



|                     |                           |         |                            |             |                     |
|---------------------|---------------------------|---------|----------------------------|-------------|---------------------|
| Atendimento:        | 8254928                   | Pedido: | 2925683                    | Ac. Number: | 3664608             |
| Registro / Nome:    | IURY DOS SANTOS FERREIRA  |         |                            |             |                     |
| Data de Nascimento: | 18/08/2004                | Idade:  | 19 anos, 6 meses e 16 dias | Sexo:       | M                   |
|                     | 00:00:00                  |         |                            |             |                     |
| Pedido do Exame:    | 04/03/2024 07:17:00       |         |                            | Laudado:    | 04/03/2024 08:30:38 |
| Convênio:           | INST.ADVENTISTA-IAP       |         |                            |             |                     |
| Médico Solicitante: | VINICIUS MEDINA GUIMARAES |         |                            |             |                     |

## ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Pele de espessura normal.

Tecido celular subcutâneo sem alterações ecográficas significativas.

Planos musculares visibilizados de aspecto anatômico normal.

Aumento de volume dos tendões fibulares curto e longo e do ligamento talofibular anterior.

Imagem anecoica peliarticular.

### OPINIÃO:

US compatível com derrame articular, com sinais de processo inflamatório tendões fibulares curto e longo e do ligamento talofibular anterior do tornozelo direito.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



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

2 - Nº Guia no Prestador 15414002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validação da Sembr

7 - Número da Guia Anterior pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

7236894

9 - Validação da Carteira

10 - Nome  
IURY DOS SANTOS FERREIRA

11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH  
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

PAULO RAFAEL SANCHES GALVO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38210.

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CEM 45480

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Realizado

21 - Código do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/03/2024

23 - Indicação Clínica

CONSULTA em PRONTO SOCORRO

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou

10101039

26 - Descrição

CONSULTA em PRONTO SOCORRO

27 - DI Solic

1

28 - CI Autoriz

0

Dados do Contratado Executante

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 de Acesso (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exatidão / Procedimento e Exame Realizado

36 - Códex

37 - Hs Inicial

38 - Hs Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Códex

43 - Via

44 - Tbc

45 - % Real / Acesso

46 - Valor Usado (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação da(s) Prestação(es) Executada(s)

48 - Seg Rol

49 - Gr. Part

50 - Código na separação de

51 - Nome do Prestador

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

59 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

60 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

61 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

62 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

63 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

64 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

65 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

66 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

67 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

68 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

69 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

70 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

71 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

72 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

73 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

74 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

75 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

76 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

77 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

78 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

79 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

80 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

81 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

Impresso por: ICDIS, S/A

Data Nova: 05/03/2024 14:42:27

CNPJ: 02.956.811

Matrícula: 8250841

Contrato: INST. ADVERTISTAS

\*825.9841\*



PRESCRIÇÃO.: 8206098 DATA: 05/03/2024 15:35  
USUÁRIO....: DHGRUBERT  
ATENDIMENTO: 8259841 DT NASC: 18/08/2004 (19A 6M 18D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 625912 - IURY DOS SANTOS FERREIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 05/03/2024 14:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: PAULO RAFAEL SANCHES CALVO SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM PARA MOSTRAR EXAMES 2 SEMANAS E 1/1 APOS ENTORSE DE TORNOZELO  
ULTRASSOM DE TORNOZELO DIREITO : DERRAME + TENDINETE

PT:  
ORIENTAÇÕES / FORTALECIMENTO/ ALTA.

\*8259841\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |

DANIELLE HORING GRUBERT  
CRM-PR: 45480

Cardius

Dados do Atendimento

Atendimento: 8259841 Data/Hora: 05/03/2024 14:41  
Paciente: 625912 - IURY DOS SANTOS FERREIRA  
Prestador: 4277 - PAULO RAFAEL SANCHES CALVO  
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBMS

Prioridade: Baixa

Sexo: M

Nasc.: 18/08/2004 (19a 6m 17d)

Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL

Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒  
Queixa principal: VEIO PARA MOSTRAR EXAME - RX E USG D TORNOZELO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 98% DOR 2

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 148 x 49 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

|                       |                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento: Distócito | Prótese Dentária? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Menarca:              | Bebe Álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>        |
| Últ. Menstruação:     | Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>            |
| Nº de Partos:         | Dor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                |
| 1º Congresso Sexual:  | Câncer na Família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Higiene Bucal: Boa    | Consultou o médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:               | UF: Hospital: AZUL                                                                       |

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Iury dos Santos Ferreira  
Nº da Carteira: 11.4.211227  
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 18/08/2004

Nº da Guia: 15414.002



| Data do Retorno | Horário  | Local                       | Atividade            |
|-----------------|----------|-----------------------------|----------------------|
| 04/03/2024      | 16:38:11 | Próximo da usina de energia | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo   |
|-----------------|-------------------|
| Torção          | Tornozelo Direito |

## Descrição

Aluno relata que ao descer do veículo, torceu o pé, caindo da própria altura. Informa que no momento sentiu uma dor forte e não conseguia firmar o pé no chão.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Joserlania               | (44) 99754-0412 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Enfa Joserlania                 | 21/02/2024 |

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

## Motivo do Retorno

Consulta com especialista de tornozelo dia 05/03 às 14:25h.

Joserlania Ramos Pazette Fagundes  
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: \_\_\_\_\_

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)