

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Nome: Valene Silva Souza
Nº da Carteira: 11.4.80977
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 18/12/2003

Nº da Guia: 17009.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/05/2024	19:46:02	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade esportiva, voley e ao receber a bola a mesma bateu no polegar da mão D, sentiu uma forte dor no local, apresentando edema imediato

Testemunha da ocorrência

Vanessa Santos

Telefone

(44) 9700-2812

Quem prestou primeiros socorros

Enf Gilberto

Data

18/05/2024

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Autorizado Ressonância Magnética de mão direita no dia 17/06/2024 às 11h30 em Centro de Diagnóstico por Imagem HBSM, conforme agendamento prévio.

Ass:

Gilberto G. J. A.
ENFERMEIRO
COREN/PR: 7157

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Impresso por: Gilberto Junior



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

2 - Nº Guia no Prestador 179099001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ABRMP
0000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Serviço

6 - Data Validade da Serviço

7 - Número de Guia Atrelado pelo Operador

8 - Número da Carteira
11480977

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
NALIANE SILVA SOUZA

11 - Número de Cartão Nacional do Saúde

12 - Atendimento a 90%
N

13 - Código da Operadora
04784573917

14 - Nome do Contratado
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

15 - Nome do Profissional Solicitante
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
39193

18 - UF
41

19 - Código CBO
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
17/06/2024

23 - Indicação de Serviço

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Sólido
1

28 - Ql. Líquido
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

31 - Código CBO
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (relatório ou despacho médico)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
37 - Hs. Inicial
38 - Hs. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Ql. Sólido
43 - Via
44 - Tbx

45 - % Sólido / Líquido
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Ql. Sólido
49 - Ql. Líquido
50 - Código na Operadora
51 - Nome do Profissional

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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

Impresso por: 01/19/2024

Data: 11/07/2024 às 22:43

Formulário: 0403157

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Contato: INST. ADM/INSTITUAL

8463157

NELIANE SILVA SOUZA
DT: NASC: 18/12/2003 SX: F
PRONT: 633469 DT: 21/05/2024
INST: ADVENTISTAS-180 / COLEGIO ADVENT

8413622

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

348180

3 - Número da Gu. Principal

4 - Data da autorização

5 - Semita

6 - Data de Validade da Semta

7 - Número da Guia Atribuído pelo Oper. de

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

99 - Nome Social

12 - Atendimento a

10 - Nome

Dados do Solicitante

13 - Código na Operador

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CE 2

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Provedor e/ou Nome Assinatura Solicitante

21 - Caracter de Atendimento

23 - Indicação Clínica

Danielle H. Grubert
Ortopedista
CRM-PR 45.480 RQE 34.133

90 - Indicador de Cobertura Especial

24 - Tabela

25 - Código do procedimento ou

26 - Descrição

27 - Data, Solic.

28 - Data Aut.

Residência Magna mãe doente

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNEB

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acordos (acordo ou

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

51 - Regime de atendimento

52 - Saúde Ocupacional

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora inicial

38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acrec.

46 - Valor Unitário-R\$

47 - Valor Total-R\$

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

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

48 - Seq. Rel.

49 - Grau Part.

50 - Código da Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Data de Realização de Procedimentos em Série

54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Data de Realização de Procedimentos em Série

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimentos em Série

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Data de Realização de Procedimentos em Série

36 - Observação / Identificação

59 - Total Procedimento R\$

60 - Total Taxas e Aluguéis R\$

61 - Total Materiais R\$

62 - Total OPME R\$

63 - Total 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

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Atendimento:	8463437	Pedido:	2994276	Ac. Number:	3751000
Registro / Nome:	NALIANE SILVA SOUZA				
Data de Nascimento:	18/12/2003	Idade:	20 anos, 5 meses e 28 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	17/06/2024 11:31:00			Laudado:	03/07/2024
					08:16:28
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO POLEGAR DIREITO

Técnica:

Realizadas sequências FSE com cortes multiplanares de 2,0 mm e 3,0 mm de espessura.

Análise:

- Edema das medulares subcorticais na base da falange proximal do polegar e na cabeça do primeiro metacarpo, sobretudo na face/aspecto ulnar, associando -se irregularidade cortical, também no aspecto ulnar, da base da falange proximal, local onde se interpõe a aponeurose do adutor do polegar (lesão tipo Stener), por falha da integridade do ligamento colateral ulnar, ainda que sem significativo edema cápsulo-ligamentar. Associa-se leve edema em partes moles peri-articular da primeira metacarpofalângica.
- Interfaces articulares congruentes, com amplitude preservadas, sem alterações osteodegenerativas ou inflamatórias significativas.
- Demais complexos capsuloligamentares sem alterações significativas.
- Placa volar metacarpofalângica do polegar com aspecto habitual.
- Não há espessamentos ou lesões focais da polias caracterizáveis ao método.
- Planos musculares tróficos, sem particularidades.
- Demais estruturas ósseas, ligamentares, miotendíneas e neurovasculares sem alterações.

Impressão diagnóstica:

Sinais radiológicos sugestivos de interposição da aponeurose do adutor do polegar no ligamento colateral ulnar roto (lesão de Stener).

EMANUEL APARECIDO DE LIMA ROSA
THOMAZINHO
CRM- PR: 30491

PRESCRIÇÃO.: 8490233 DATA: 17/06/2024 10:49
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8463157 DT NASC: 18/12/2003 (20A 6M 24D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 633469 - NALIANE SILVA SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/06/2024 10:15 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JESSE BATISTA CORREA JUNIOR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REERE TRAUMA EM POLEGAR DIREITO HA 3 SEMANAS
VEM COM ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA REALZIAR RNM, E PRECISA RETIRAR A TALA E REPOR A TALA
PARA REALZIAR O EXAME
PT: RETIRO TALA PARA PROCEDIMENTO

8463157

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

1 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193