

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Maycon de Sousa Aquino
Nº da Carteirinha: 11.4.80939
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 12/11/2002

Nº da Guia: 21253.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/10/2024	08:42:08	Campo	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito

Descrição

Aluno relata que estava participando de futebol no campo sintético e ao chutar uma bola caiu e bateu o joelho no chão, no momento sentiu uma fisgada, seguida de dor. Aplicado gelo local com repouso, sem melhora.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eduardo	(44) 99725-0172

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto	08/09/2024

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
Autorização de exame de imagem, ressonância magnética de joelho D em 11/10/2024

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania 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

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Santa

7 - Número da Guia Atrelado para Operadora

8 - Nome do Contratado

11480939

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

MAYCON DE SOUSA AQUINO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código do Operador

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Carteira Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

VITOR HUGO DUARTE

21 - Cadeia de Atendimento

22 - Data da Solicitação

24/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic

28 - Q2 Autoriz

1 22 4101316

RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

prelo D

MAYCON DE SOUSA AQUINO
12/11/2002 M 21a 10m 20s
CLINICA AD N.CERT11480939
3070753

589188
Dia 04/11/2024
Atenc: 8870759

31 - Código CINES

9365230

Dados do Contratado Especialista

32 - Código na Operadora

238763040001

33 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

Dados do Beneficiário

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizados

36 - Data

37 - 1º Inicial

38 - 1º Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1a

43 - V1a

44 - T1a

45 - % Real / Atenc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (nome, sobrenome, data de nascimento)

48 - Data de Nascimento

49 - CP - País

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Data

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - 1º Inicial

59 - 1º Final

60 - Tabela

61 - % Real / Atenc

62 - Valor Unitário (R\$)

63 - Valor Total (R\$)

64 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Despesas (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPIME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: VHCUARTE

Datahora: 24/09/2024 15:35:40

Cartão de: 8839034

Atendimento: 8839034

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

863.9034



Outlook

Agendamento de Ressonância

De Enfermaria Fap <enfermaria.fap@hotmail.com>**Data** Qui, 03/10/2024 16:36**Para** Cherilin Maiara Silva Tomes <cherilin.tomes@hospitalbomsamaritano.com.br>

25/09 10

1 anexos (2 MB)

30/09 20

RM Maycon Aquino.pdf;

Boa tarde!

Estou encaminhando pela 3a vezes este e-mail....

Solicito agendamento para Maycon Aquino

Atenciosamente,

Joserlania Pazette
Enfermeira



Atendimento:	8670735	Pedido:	3070753	Ac. Number:	3846319	
Registro / Nome:	MAYCON DE SOUSA AQUINO					
Data de Nascimento:	12/11/2002	Idade:	21 anos, 10 meses e 29 dias		Sexo:	M
	00:00:00					
Pedido do Exame:	11/10/2024 14:14:00			Laudado:	16/10/2024 15:51:19	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC					
Médico Solicitante:	VITOR HUGO DUARTE					

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Erosão condral profunda associada a tênue foco de edema subcondral na faceta medial da tróclea femoral.

Demais superfícies condrais da tróclea femoral e femorotibiais preservadas.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Rotura horizontal no corno posterior do menisco medial.

Menisco lateral sem alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Estruturas tendíneas sem alterações.

Ausência de derrame articular.

Fossa poplíteia livre.

Laudado por:

Dr. Gustavo Leme

CRM - PR: 28571

Responsável Técnico: Dr. Renê Keizo Arikawa

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MAYCON DE SOUSA AQUINO
12/11/2002
CLÍNICA AD M 21a 10m 30s



889186
Dta Fed: 11/10/2024
Atend: 8870738

Paciente	Convênio
Data de Nascimento	Atendimento
Procedimento realizado	
Alergia Medicamentosa	

SINAIS VITAIS PRÉ EXAME

Início PA: 120 X 80 mmHg Sat O₂: 99% FC: 70 bpm FR: 16 rpm

DURANTE EXECUÇÃO DO EXAME

CALMO (A)	NÃO ☐	SIM ☒
CONSCIENTE	NÃO ☐	SIM ☒
ORIENTADO (A)	NÃO ☐	SIM ☒
DORES OU INCÔMODOS	NÃO ☒	SIM ☐
INTERCORRÊNCIA DURANTE O EXAME?	NÃO ☒	SIM ☐
QUAIS:		

SINAIS VITAIS PÓS EXAME

Fim PA: 130 X 70 mmHg Sat O₂: 99% FC: 78 bpm FR: 16 rpm

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Nome do contraste:
Volume infundido:
Validade:
Lote:

Viviane Estevão de Pauli
Técnico em Enfermagem
COREN: 1408211

Carimbo e assinatura da enfermagem

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MAYCON DE SOUSA AQUINO
12/11/2002 M. 21x 10m 306
CLINICA AD N. Cart: 11480938

500186
Dia: 06/11/2024
Atend: 8670738



MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath N° 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath N° 20	Un	299		Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath N° 22	Un	300		Luva estéril n° _____	Par		
Abbocath N° 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 lock	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 n° _____	Un			Sonda de aspiração n° 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração n° _____	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					

Dr. Oscar Adolfo Fonzer
CRM 8874

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 Ressonância Magnética 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 e realizei o preparo/recomendações.
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 extensão de cílios, 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. 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.

Nome completo Marcos de Souza Aquino Data de nascimento 12/11/2002
 Peso: 98 Kg Altura: 1,83 Sexo: () Feminino (X) Masculino
 Data do exame: 11/10/2024

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?	

3.1) Utiliza extensão de cílios () Sim (X) Não Se sim, deve ser removido.

4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Teve alguma intercorrência?

(X) Sim () Não

Se, sim, favor descrever: Não

Só o pé

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
- Doença Renal () Sim (X) Não
- Diabetes () Sim (X) Não
- Doença Cardíaca () Sim (X) Não

Faz uso de alguma medicação? Qual? _____

7) Sofre de asma ou alguma outra doença alérgica?

() Sim (X) Não Se sim, Qual? _____

8) Tem alergia a algum medicamento ou alimento?

() Sim (X) Não Se sim, Qual? _____

9) Já sofreu ferimentos por objetos metálicos no corpo ou nos olhos (projéteis de arma de fogo, lâminas cortantes)? () Sim (X) Não

10) Em caso de mulher, há suspeita ou confirmação de gravidez?

() Sim () Não

Se sim, quanto tempo de gestação? _____

Está amamentando?

() Sim () Não

11) Há quanto tempo está em jejum? 16 horas

12) Por favor, cite as doenças/cirurgias que já teve durante a sua vida: COVID-19, Catapora

Nunca fiz cirurgia

(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.

(X) Paciente () Responsável (grau de parentesco): _____ Data de Nascimento: 12 / 11 / 2002

Nome legível: Maycon de Sousa Pequeno

RG/CPF: 6733966

Assinatura: Maycon de Sousa Pequeno

Maringá: 11 / 10 / 24

Hora: 14 : 20

Termo de acompanhante do paciente submetido a sedações/procedimentos ambulatoriais

Nome legível: Maycon de Sousa Pequeno

RG/CPF: 6733966

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: Maycon Pequeno

Nome do(a) profissional da saúde presente: _____

Assinatura: _____

Maringá: ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

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: _____