

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Wesley Gonçalves dos Santos
Nº da Carteira: 11.4.81337
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 26/02/1998

Nº da Guia: 22501.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/11/2024	14:57:08	Society	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita

Descrição

Aluno relata que estava jogando e quando foi chutar a bola torceu o pé direito. Relata algia intensa e apresenta deformidade em fíbula. Realizado gelo terapia e imobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	26/10/2024

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

Autorizado exame de ressonância magnética do tornozelo no dia 23/11/2024 às 16:40 em Centro de Diagnostico por Imagem HBSM.



Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.:

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

0-81896 N° - SNUV



S A U D E

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

2-Nº Guia do Prestador

1-Registro ANS	348180	3-Nº da Guia Principal	4-Data da Autorização	5-Serinha	6-Data de Validade da Serinha	7-Nº da Guia Atribuído pela Operadora
----------------	--------	------------------------	-----------------------	-----------	-------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário	8-Nº da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento de RN
-----------------------	------------------	------------------------	---------	-----------------------------	----------------------

Dados do Contratado Solicitante	13-Código na Operadora	14-Nome do Contratado	15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17-Nº do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Profissional Solicitante
		Adriana Gasolva dos Santos						Thiago Santos Vieira

Dados da Solicitação Procedimentos e Exames Solicitados	21-Canal de Atendimento	22-Data da Solicitação	23-Indicação Clínica	24-Data da Solicitação
			fratura humeral	

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde. Solic.	38-Crit. Aut.
1	41101316	PNN fratura		
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Esecutante	29-Código na Operadora	30-Nome do Contratado	31-Código CNES

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

Procedimentos e Exames Realizados	36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-1.º	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário R\$	47-Valor Total R\$
1	/	/	/									
2	/	/	/									
3	/	/	/									
4	/	/	/									
5	/	/	/									

Identificação do(s) Profissional(is) Esecutante(s)	48-Seg. Ref.	49-Grau Prof.	50-Código da Operadora	51-CPF	52-Nome do Profissional	53-Conselho Profissional	54-UF	55-Código CBO

56-Data de Realização do Procedimento em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58-Objetivação e Justificação	59-Total Procedimento R\$	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total OPM R\$	63-Total Medicamentos R\$	64-Total Gastos Médicos R\$	65-Total Geral R\$
1	/								
2	/								
3	/								
4	/								
5	/								
6	/								
7	/								
8	/								
9	/								
10	/								

66-Assinatura do Responsável pela Autorização	67-Assinatura do beneficiário ou Responsável	68-Assinatura do Contratado



Atendimento:	8746192	Pedido:	3098594	Ac. Number:	3881121
Registro / Nome:	WESLEY GONCAVES DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	26/02/1998	Idade:	26 anos, 8 meses e 26 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	23/11/2024 16:14:00			Laudado:	27/11/2024 15:32:59
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	THIAGO SANTOS VIEIRA				

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO DIREITO

MÉTODO

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

ANÁLISE

Edema circunferencial da tela subcutânea.

Estruturas ósseas com sinal e morfologia preservados.

Superfícies condrais com espessura e sinal habituais.

Volumoso derrame articular tibiotalar.

Tendão calcâneo de aspecto preservado.

Demais estruturas tendíneas com sinal e morfologia preservados.

Lesão dos ligamentos tibiofibular anterior e talofibular anterior, com alteração de sinal e significativo espessamento

Demais estruturas ligamentares integras.

Fáscia plantar sem alterações.

Planos musculares sem anormalidades significativas.

Seio do tarso com aparência normal.

Laudado por:

Dr. Gustavo Leme

CRM - PR: 28571

Responsável Técnico: Dr. Renê Keizo Arikawa

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

De: Auditoria Médica – Humana Saúde

Data: 08/11/24

Com finalidade de observação das cláusulas contratuais, é imprescindível a apresentação dos
dados abaixo:

Usuário(a): Wesley Gonçalves dos Santos
Procedimento / Cirurgia solicitado: RNM tornozelo ①
Código AMB: _____

1. Há quanto tempo refere início do(s) sintoma(s).

02 semanas, trauma e futebol

2. Realizados exames anteriores que justifiquem a indicação da solicitação ? Quais ?

Rx s / joelhos -

3. Já realizou alguma cirurgia ?

Não

4. Tem alguma outra patologia associada?

Não

5. CID10 relacionado:

S93

Dr. Thiago Santos Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40096/RQE33987


Carimbo / Assinatura

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

WESLEY GONÇALVES DOS SANTOS
28/02/1988 M 26a 8m 28d
INST. ADVEN N. Cart: 1481337

946771
Data Rec: 23/11/2024
Atend: 8748182



MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath Nº 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath Nº 20	Un	299		Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath Nº 22	Un	300		Luva estéril nº _____	Par		
Abbocath Nº 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 nº _____	Un			Sonda de aspiração nº 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração nº _____	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. Uscel Antônio Fonzar
CRM 8874

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

WESLEY GONÇALVES DOS SANTOS
26/02/1999 M 26a 8m 28d
INST. ADVEN N.º Cartão: 1481337

946771
Data Rec: 23/11/2024
Atend: 8748182



3088594

Paciente	Convênio
Data de Nascimento	Atendimento
Procedimento realizado	
Alergia Medicamentosa	

SINAIS VITAIS PRÉ EXAME

Início	PA: _____ X _____ mmHg	Sat O ₂ : _____ %	FC: _____ bpm	FR: _____ 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: _____ X _____ mmHg	Sat O ₂ : _____ %	FC: _____ bpm	FR: _____ rpm
-----	------------------------	------------------------------	---------------	---------------

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado sem intercorrência

Nome do contraste:
Volume infundido:
Validade:
Lote:

Carimbo e assinatura da enfermagem