

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Adryel Abreu de Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.1.7228
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 08/07/2004

Nº da Guia: 3661.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/08/2021	22:55:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

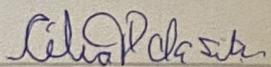
Descrição
Em jogo de futsal, apoiou a mão direita em outro colega e acabou realizando movimento de extensão além do normal. Apresenta edema (2+/4+) em MSD e algia ao movimentar articulação entre falange proximal e medial.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	22/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
FisioCare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno
Aluno encaminhado para a fisioterapia, conforme pedido médico, liberado 10 sessões.

Ass.:  **Célia T. D. da Silva**
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno da Silva

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 35

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 1147228	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome ADRYEL ABREU DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN 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 JOAO MIGUEL CASADO NETO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 27211	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 04/10/2021	23 - Indicação Clínica 40 DIAS PÓS TRAUMA TORCIONAL EM 3º DEDO DA MAO DIREITA
-----------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	20103484 PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO	10	0

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 27211

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1 -	3 -	5 -	7 -	9 -
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de 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
---	--	-------------------------------

RELATÓRIO FISIOTERAPIA

Nome: Adryel Abreu de Oliveira

Convênio: Seguro

Data de Nascimento: 08/07/2004

Diagnóstico Medico: Rompimento do Ligamento do 3º. Artelho da mão D

USO DE DISPOSITIVO E MATERIAIS

Terapia manual, Faixa elástica, Eletroterapia, panos, bolinhas pequenas, clips, teclado de computador.

RESUMO DA HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL

Estava jogando bola no início de setembro durante a aula de Educação Física, ele estava com a bola e outro jogador veio para marcar, o paciente escorou com a mão, mas o oponente virou o 3 artelho da mão D, levando a uma hiperextensão. No momento colocou gelo porque começou a inchar e ficar roxo. No dia seguinte, não melhorou e foi encaminhado ao médico, que fez raio X, sem fratura e colocou tala por 5 dias. Como continuou doendo, foi encaminhado a medico especialista, verificando rompimento de ligamento, medicação e encaminhou a fisioterapia.

PLANO TERAPEUTICO

Aliviar a dor; Diminuir do edema residual, aumento da ADM nos movimentos de flexão e extensão, e alongamento, aumento da resistência muscular nas preensões digitais, além de prevenir a contratura em flexão da articulação

TRATAMENTO

Foi realizado massagem de tecidos moles; alongamento ativo de flexores e extensores de punhos e dedos eram também realizados; mobilização articular; dispositivos para aumento de ADM.

Houve alteração do quadro?

SIM	<input checked="" type="checkbox"/>
NÃO, PIOROU	<input type="checkbox"/>
MANTEVE-SE ESTÁVEL	<input type="checkbox"/>

JUSTIFIQUE

FT. Carla Betania Huf Ferraz Campos

GUIA DE ATENDIMENTOS

PACIENTE

ADRYEL ABREU DE OLIVEIRA

11.11.2021	x	A	18.11.2021	x	A	25.11.2021	x	A	02.12.2021	x	A	09.12.2021	x	A
16.11.2021	x	A	23.11.2021	x	A	30.11.2021	x	A	07.12.2021	x	A	14.12.2021	x	A