

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Anna Luisa Fernandes Alencastro Martins

Nº da Carteira: 11.4.8995

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 14/06/2006

Nº da Guia: 3715.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/08/2021	15:30:00	Campo de futebol em frente ao ginásio.	Atividade da escola.

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

Descrição
A aluna interna estava andando de quadriciclo na pista, quando ao tentar se desviar de outros carrinhos bateu no meio fil e capotou. Caiu de lado em cima do braço E, e o brinquedo caiu em cima da perna causando arranhões. Ela refere: algia no braço ao movimentá-lo, impedindo de levantar o membro por causa da dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jefferson Queiroz.	(44) 9907-9111

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	29/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Carla Betânia Huf Ferraz Campos	Gleba Paçandu	80	Zona Rural	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno
Aluna encaminhada à fisioterapia, conforme pedido médico, liberada 10 sessões..

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR.000.602.977

Ass.:

Célia Teixeira

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 23

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 1148995	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS	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 6	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 06/09/2021	23 - Indicação Clínica TENDINITE OMBRO ESQUERDO PÓS TRAUMÁTICA		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 20103484	26 - Descrição US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	27 - Qt.Solic. 10	28 - Qt.Autoriz. 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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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: Anna Luisa Fernandes Alencastro Martins

Convênio: Seguro

Data de Nascimento: 14/06/2006

Diagnóstico Medico: Lesão em Ombro E

USO DE DISPOSITIVO E MATERIAIS

Terapia manual, Faixa elástica, Eletroterapia, Alteres.

RESUMO DA HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL

Estava andando de quadriciclo no dia 08/08/2021 e o acelerador travou numa velocidade meio alta, na frente estava outro quadriciclo e uma bicicleta dupla mais devagar, para não bater neles, ela desviou e acabou capotando no meio fio, com o quadriciclo caindo sobre ela e em cima do braço E. Foi socorrida no local, entrou em pânico e visualizaram a perna com escoriações, que foram tratados no local, posteriormente foi a Enfermaria que enfaixou a perna, sem relato de dores nos MMSS. Depois de 2 semanas começou a sentir dores no MSE, assim, foi encaminhada pelo colégio para o ortopedista, tendo feito RX sem fratura e posteriormente US que descartou lesão em trapézio e assim foi encaminhada a fisioterapia.

PLANO TERAPEUTICO

Melhorar a ADM; Aliviar a dor; Controlar a inflamação; Equilibrar os músculos que intervêm na articulação do ombro E; Corrigir os movimentos incorretos do ombro E; Retomar a funcionalidade do paciente.

TRATAMENTO

Realizado terapia manual para diminuição da dor e técnicas de tração, realizado pendulo e TENS nas primeiras sessões e técnicas de mobilização e também orientado ao paciente colocar gelo 2 vezes ao dia. Nas sessões seguintes, foram realizadas os mesmos procedimentos, porém acrescidos e de reforço muscular e fortalecimento muscular.

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

ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MART

09.09.2021	x Anna	23.09.2021	x Anna	07.10.2021	x Anna	28.10.2021	x Anna	25.11.2021	x Anna
------------	--------	------------	--------	------------	--------	------------	--------	------------	--------

16.09.2021	x Anna	30.09.2021	x Anna	14.10.2021	x Anna	04.11.2021	x Anna	02.12.2021	x Anna
------------	--------	------------	--------	------------	--------	------------	--------	------------	--------