

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Julia Grechaki Lopes
Nº da Carteirinha: 2.80.690
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 10/03/2010 **Nº da Guia:** 20442

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/08/2024	09:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Direito, Antebraço Esquerdo, Mão Direita, Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava jogando volei ontem 28/08, quando a colega acabou chutando as mãos dela durante o jogo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	29/08/2024

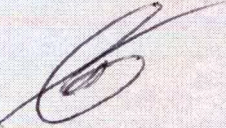
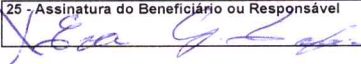
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações
Aluna comentou que ontem a dor estava moderada então não comunicou o Colégio do acontecimento, porém hoje mencionou que a dor está ficando mais intensa, encaminhamos para atendimento médico.

Ass.:  Andressa Mazzone
Aux. Financeiro
Andressa Mazzone Pereira

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº da Guia do Prestador	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		*00000930779*	
					
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira 0280690		5 - Validade da Carteira		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome ANA JULIA GRECHAKI LOPES					
26 - Nome Social					
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135	
12 - Nome do Profissional Executante GILCIELE SANTANA DOS REIS		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 51089	
				15 - UF PR	
				16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial		28 - Regime de Atendimento 01	
				29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 29/08/2024		19 - Tipo de Consulta 4		20 - Tabela 22	
				21 - Código do Procedimento 0010101012	
				22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa					
 Gilciele Santana dos Reis Lopes					
24 - Assinatura do Profissional Executante CRM/PR 51089		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 			

00000930833*

1 - Registro ANS 0C2000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 29/08/2024	5 - Senha 20442
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 0280690	9 - Validade da Carteira
10 - Nome ANA JULIA GRECHAKI LOPES	11 - Nome Social
	12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Políclínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante GILCIELE SANTANA DOS REIS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 51089	18 - UF PR	19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Gilciele Santana dos Reis CRM 51089
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/08/2024	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Políclínica Fazenda Rio Grande
	31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
38 - Data 1 29/08/2024	37 - Hora Inicial 13:18	38 - Hora Final a 13:18	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	42 - Qtd. 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1.00	45 - Fator Red./Acresc. 37.07	46 - Valor Unitário (R\$) 37.07	47 - Valor Total (R\$) 37.07
2		a									
3		a									
4		a									
5		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 29/08/2024	3	1	5	1	7	1	9	1	1	1	1
2	1	4	6	1	8	1	10	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 37.07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Helio Schulman	68 - Assinatura do Contratado Políclínica Fazenda Rio Grande
---	--	---

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 147881

Paciente: ANA JULIA GRECHAKI LOPES

Data Nasc.: 10/03/2010

Idade: 014.06.06

Data: 29/08/2024

Hora: 13:56

Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

#S

PACIENTE VEM A CONSULTA RELATANDO TER LEVADO CHUTE NA MÃO A 01 DIA

#O

BEG, LOTE, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, PIFR
SEM DOR EM PALPAÇÃO DE SEIOS DA FACE
CERVICAL SEM MASSAS, INDOLOR A PALPAÇÃO
MURMURIOS VESICULARES PRESENTES, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, SEM SINAIS DE ESFORÇO
MEMBROS SEM PARTICULARIDADES
SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
RX DA MÃO: SEM ALTERAÇÕES

#A

HD: CONTUSÃO EM MÃO DIREITA

#P

CONDUTA:
PRESCREVO SINTOMÁTICOS
ORIENTAÇÕES DE SINAIS E SINTOMAS DE ALARME, RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO.

Solicitação de Exames :

40801187 - Radiografia DA MÃO DIREITA

Receituário :

USO ORAL

Ibuprofeno 300 mg---1 cx

Tomar 01 cp de 8/8h, por 3 dias

Paracetamol 500 mg-----1 cx

Tomar 01 cp de 6/6h se febre ou dor

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 147881

Paciente: ANA JULIA GRECHAKI LOPES

Data Nasc.: 10/03/2010 Idade: 014.06.06

Data: 29/08/2024 Hora: 13:33 Médico: RAO X

REALIZADOS RAIOS X DE MAO DIREITA PA + OBLIQUA (PACS) MONIQUE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Alyce de Quadros Kosloski
Nº da Carteirinha: 2.80.1266
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 29/09/2009 Nº da Guia: 20439

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2024	11:40:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Machucou a mão jogando vôlei.	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Machucou a mão jogando vôlei. De acordo com aluna, na sexta feira 23/08 ao participar da aula de educação física refere que estava com a dor na região das mãos, após 6 dias 29/08/2024 refere limitação de movimento em mãos e está visível hematoma. Encaminho para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor	29/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações
De acordo com aluna, na sexta feira 23/08 ao participar da aula de educação física refere que estava com a dor na região das mãos, após 6 dias 29/08/2024 refere limitação de movimento em mãos e está visível hematoma. Encaminho para avaliação médica.

Ass.:

Reginaldo Marques dos Santos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		*00000931188*	
4 - Número da Carteira 0204390		5 - Validade da Carteira	
7 - Nome ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI		6 - Atendimento a RN N	
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	
11 - Código CNES 3341135			
12 - Nome do Profissional Executante GILCIELE SANTANA DOS REIS		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 51089		15 - UF PR	
16 - Código CBO 225125			
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial	
28 - Regime de Atendimento 01		29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 29/08/2024		19 - Tipo de Consulta 4	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante Gilciele Santana dos Reis Lopo Médica CRM/PR 51089		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

CLÍNICA ADVENTISTA DE
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SDT

2 - Nº da Guia do Prestador

00000931198

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 29/08/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		89 - Nome Social	12 - Atendimento a RV
8 - Número da Carteira 2801296	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI	[N]

Dados do Solicitante		Gilciele Santana dos Reis Lopes	
13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		

15 - Nome do Profissional Solicitante GILCIELE SANTANA DOS REIS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 51089	18 - UF PR	19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante CRM 51089
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/08/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO
2		27 - Qtd. Solic. 001
3		28 - Qtd. Aut.
4		
5		

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 3341135
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 1 29/08/2024	37 - Hora Inicial 19:33	38 - Hora Final a 19:33	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	42 - Qtd. 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1,00	45 - Fator Red./Acresc. 37,07	46 - Valor Unitário (R\$) 37,07	47 - Valor Total (R\$) 37,07
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320
--------------------	-----------------------	---	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 29/08/2024	3	5	7	9
2	4	6	8	10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 37,07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 37,07
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
						68 - Assinatura do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009

Idade: 014.11.18

Data: 29/08/2024

Hora: 20:33

Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

#S

PACIENTE SOFREU TRAUMA NA MÃO DURANTE JOGO DE VOLEI
APRESENTA HEMATOMA EM REGIÃO TENAR - REFERE DOR LOCAL MODERADA
OCORRIDO A 01 SEMANA

COMORBIDADES: NEGA; ALERGIAS: NEGA; MUC: NEGA

#O

SSVV:

BEG, LOTE, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, PIFR
SEM DOR EM PALPAÇÃO DE SEIOS DA FACE
CERVICAL SEM MASSAS, INDOLOR A PALPAÇÃO
MURMURIOS VESICULARES PRESENTES, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, SEM SINAIS DE ESFORÇO
MEMBROS SEM PARTICULARIDADES
SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA

RX SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURAS

#A

HD: CONTUSÃO

#P

CONDUTA:

PRESCREVO SINTOMÁTICOS
SOLICITO TC DE MÃO
ORIENTO RETORNO
ORIENTAÇÕES DE SINAIS E SINTOMAS DE ALARME, RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO.

Solicitação de Exames :

41501144 - Tomografia de MÃO DIREITA

Receituário :

Uso Interno

Dipirona 500 mg/ml.....1Fr

Tomar 30 gotas 6/6 horas se dor ou febre.

Ibuprofeno 100 mg/ml ----1 fr

Tomar 40 gotas de 8/8 horas por 3 dias.

USO TÓPICO

Hirudoid gel----01 Bisnaga

Passar sobre o hematoma de 6/6 horas por 5 dias

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009 Idade: 014.11.18

Data: 29/08/2024 Hora: 19:37 Médico: RAIO X

REALIZADO RX MÃO DIREITA AP E OBLIQUO - PACS VERA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Alyce de Quadros Kosloski
Nº da Carteirinha: 2.80.1266
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 29/09/2009

Nº da Guia: 20439.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/08/2024	08:57:20	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Machucou a mão jogando vôlei.

Partes do corpo

Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

Machucou a mão jogando vôlei. De acordo com aluna, na sexta feira 23/08 ao participar da aula de educação física refere que estava com a dor na região das mãos, após 6 dias 29/08/2024 refere limitação de movimento em mãos e está visível hematoma. Encaminho para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professor

Data

29/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Motivo do Retorno

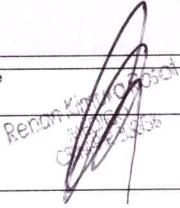
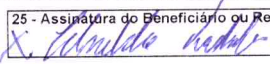
retorno

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA		*00000931425*	
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 2801266	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135
12 - Nome do Profissional Executante RENAN KIMURA ROSOT	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 50056	15 - UF PR
		16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
18 - Data do Atendimento 30/08/2024	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante 		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	

1 - Registro ANS 0000000
3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 30/08/2024
5 - Senha 20439001
6 - Data de Validade da Senha 30/08/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 2801266
9 - Validade da Carteira
10 - Nome ANA ALCYCE DE QUADROS KOSLOSKI

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN IN

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 0101553000180
14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante GILCIELE SANTANA DOS REIS
16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 51089

18 - UF PR

19 - Código CBO 0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Gilciele Santana dos Reis
CRM 51089

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 30/08/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0041001150	26 - Descrição SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO)
2		
3		
4		
5		

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 0101553000180
30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES 00000000

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento 05
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
91 - Regime de Atendimento 01
92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
36 - Data 30/08/2024	37 - Hora Inicial 10:25	38 - Hora Final 10:25	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0041001150	41 - Descrição SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO)	42 - Qtd 001	43 - Via 1,00	44 - Tec. 374,98	45 - Fator Red./Acresc 374,98
1									
2									
3									
4									
5									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref 1
49 - Grau Part 12
50 - Código na Operadora/CPF 04135471919
51 - Nome do Profissional TOMOGRAFIA
52 - Conselho Profissional 06
53 - Número no Conselho 21994
54 - UF 41
55 - Código CBO 0

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5	1	1	1	7	1	1	1	9
1 30/08/2024	3	/	/	/	6	/	/	/	10
2	4	/	/	/	8	/	/	/	10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 374,98	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 374,98
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande				

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009

Idade: 014.11.18

Data: 30/08/2024

Hora: 11:10

Médico: RENAN KIMURA ROSOT

PACIENTE RETONA HOJE APOS REALIZAR TC - SEM LAUDO

TRAUMA EM MÃO HÁ 7 DIAS

AVALIADA ONTEM PELA DRA GILCIELE

MELHORA NO EDEMA EM RELAÇÃO ONTEM (SIC)

ORIENTO CUIDADOS

ORIENTO RETORNO

ALTA

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009 Idade: 014.11.18

Data: 30/08/2024 Hora: 10:45 Médico: TOMOGRAFIA

TOMOGRAFI DA MÃO DIREITA SEM CONTRASTE - LAUDO - MATHEUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MÃO DIREITA

INDICAÇÃO CLÍNICA: trauma.

MÉTODO:

Foram realizados cortes axiais helicoidais, sem a administração de contraste endovenoso.

RELATÓRIO:

Estruturas ósseas íntegras e com morfologia normal.

Relações articulares mantidas e espaços articulares preservados.

Planos musculares sem alterações detectáveis ao método.

Leve edema da tela subcutânea da face volar da mão e do punho.

Tela subcutânea restante com atenuação normal.

Não há evidência de calcificações patológicas.

Ausência de coleções ou lesões de caráter expansivo.

DR. CARLOS EDUARDO P. PETERNELA

CRM/PR 35596

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Almeida Matias

Nº da Carteirinha: 2.80.1029

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 06/07/2016

Nº da Guia: 20159

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2024	12:04:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

Porta fechou e prensou os dedos.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora b

Data

21/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000925903

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

2801029

5 - Validade da Carteira

31/12/2024

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

HEITOR ALMEIDA MATIAS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante

DANILO GABRIEL CELESTE

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

41642

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

21/08/2024

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
21/08/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



00000925924*

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2801029

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
HEITOR ALMEIDA MATIAS

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANILLO GABRIEL CELESTE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41642

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
21/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
21/08/2024

37 - Hora Inicial
13:06

38 - Hora Final
13:06

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO

42 - Qtd.
001

43 - Via
001

44 - Tec.
1.00

45 - Fator Red./Acresc.
37.07

46 - Valor Unitário (R\$)
37.07

47 - Valor Total (R\$)
37.07

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

48 - Seq. Ref.
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CNPJ
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 21/08/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
37.07

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPM (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
37.07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Policlinica Fazenda Rio Grande

HEITOR ALMEIDA MATIAS

SOLICITO:

**RX MÃO DIREITA - FALANGES DE 3º E 4º QDS DE MÃO DIREITA
PRENSOU PORTA EM 3º E 4º QDs DIREITO, FALANGES DISTAIS**



Dr. Danilo Gabriel Celeste
Médico
CRM/PR 41642

Fazenda Rio Grande , 21 de agosto de 2024

**DANILO GABRIEL CELESTE
CRM41642**

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 113404

Paciente: HEITOR ALMEIDA MATIAS

Data Nasc.: 06/07/2016

Idade: 008.02.10

Data: 21/08/2024 Hora: 13:29

Médico: DANILO GABRIEL CELESTE

S

PREENSÃ DE DEDOS EM MÃO DIREITO HÁ 1H

NEGA COMORBIDADESE MUC

NEGA ALERGIA A REMÉDIOS

O

BEG, LOTE, CORADO E HIDRATADO

HIPEREMIA E ESCORIAÇÃO EM FALANGE INTERMEDIA E DISTAL DE 4 QD DIREITO E DISTAL EM 3 QD DIREITO

P

RX

Receituário :

SOLICITO:

RX MÃO DIREITA - FALANGES DE 3º E 4º QDS DE MÃO DIREITA

PRENSOU PORTA EM 3º E 4º QDs DIREITO, FALANGES DISTAIS

Receituário :

SOLICITO:

CURATIVO

Receituário :

USO ORAL

1) IBUPROFENO 100MG/ML __ 1 FR
DAR 28 GTS DE 8 EM 8H, POR 3 DIAS2) PARECETAMOL GTS _____ 1 FR
DAR 28 GTS DE 6 EM 6H, SE DORLIMPEZA COM ÁGUA E SABÃO
RETORNO IMEDIATO SE PIORA
GELO LOCAL

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 113404

Paciente: HEITOR ALMEIDA MATIAS

Data Nasc.: 06/07/2016 Idade: 008.02.10

Data: 21/08/2024 Hora: 13:17 Médico: RAO X

REALIZADOS RAIOS X DE MAO DIREITA PA + OBLIQUAS + PERFIL DE 3° E 4° DEDO (PACS) MARCIA

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 113404

Paciente: **HEITOR ALMEIDA MATIAS**Data Nasc.: **06/07/2016**Idade: **008.02.10**

Data: 21/08/2024 Hora: 13:27

Médico: **DANILO GABRIEL CELESTE**

SEM SINAIS DE FRATURA

RECEITA

GELO

ACOMPANHAR COM ORTOPEDIA

RETORNO IMEDIATO SE PIORA

ORIENTO CUIDADOS DE FERIDA

ATESTADO

28KGS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Laura Christo de Souza
Nº da Carteirinha: 2.80.1567
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 10/12/2011 **Nº da Guia:** 19628

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	08:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto, Cabeça

Descrição

Aluna estava jogando volei quando foi receber a bola, a colega acabou acertando a testa da aluna com o cotovelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora D	06/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

Foi colocado gelo no local e comunicado os responsáveis.

Ass.: 
Andressa Mazzone
Aux. Financeiro
Andressa Mazzone Pereira


Gilciele Santana dos Reis Lopa
Médica
CRM/PR 51089

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000916433

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

2801567

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ANA LAURA CHRISTO DE SOUZA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante
GILCIELE SANTANA DOS REIS13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5108915 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

06/08/2024

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

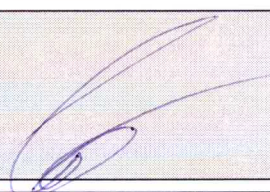
0010101012

22 - Valor do Procedimento

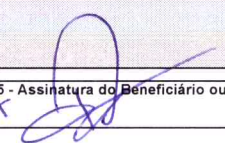
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Gilciele Santana dos Reis Lopes
Médica
CRM/PR 51089

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 71678

Paciente: ANA LAURA CHRISTO DE SOUZA

Data Nasc.: 10/12/2011

Idade: 012.09.06

Data: 06/08/2024

Hora: 10:13

Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

#S

PACIENTE VEM A CONSULTA APRESENTANDO HEMATOMA EM REGIÃO FRONTAL
APÓS LEVAR UMA COTOVELADA DA AMIGA DURANTE PARTIDA DE VOLEI
NEGA OUTROS SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS

#O

BEG, CORADO, HIDRATADO, ANICTERICO, ACIANÓTICO E AFEBRIL, EUPNEICO, LOTE.GLASGOW 15/15.
CATARSE E DIURESE PRESERVADAS, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA E HIDRATAÇÃO VO.

SSVV: FC 60 SAT 99%aa

COMORBIDADES: NEGA; ALERGIAS: NEGA; MUC: NEGA

EXAME FÍSICO:

ECTOSCOPIA: HEMATOMA FRONTAL

NEURO: SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS, KERNING (-) BRUDZINSK (-)

ORO: S/P

OTO: MT INTEGRAS, S/P

AC: RR 2T SS

AP: MV (+) BILATERALMENTE, SRA, BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, SEM ESFORÇO RESPIRATÓRIO E SEM
USO DE MUSCULATURA ACESSÓRIA.

ABD: NORMOTENSO (RHA (+) INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, BLUMBERG (-) DB (-),
GIORDANO (-)

MMII: PULSOS PEDIOSOS PRESERVADOS, SEM SINAIS DE EDEMAS OU CACIFOS, SEM LESÕES.

#A

HD: CONTUSÃO FRONTAL

#P

CONDUTA:

PRESCREVO SINTOMÁTICOS

ORIENTAÇÕES DE SINAIS E SINTOMAS DE ALARME, RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO.

ORIENTO ACOMPANHAMENTO

Receituário :

USO ORAL

DIPIRONA 500 MG/ML--01 CX

TOMAR 40 GOTA DE 6/6 HORAS SE DOR OU FEBRE

USO TÓPICO

HIRUDOID GEL--01 BISNAGA

PASSAR SOBRE O HEMATOMA 4x AO DIA ATÉ REMISSÃO DO HEMATOMA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Leticia Garcia Dias

Nº da Carteirinha: 2.80.468

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 29/10/2010

Nº da Guia: 19793.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/08/2024	11:46:07	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava saindo da brincadeira quando torceu o pé

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora e

Data

09/08/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Motivo do Retorno

retorno

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000920850

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

2780468

5 - Validade da Carteira

26/10/2024

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LETICIA GARCIA DIAS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante

GILCIELE SANTANA DOS REIS

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

51089

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

13/08/2024

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Gilciele Santana dos Reis
Médica
CRM 51089

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Leticia Garcia

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
13/08/2024

5 - Senha
19793001

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2780468

9 - Validade da Carteira
26/10/2024

10 - Nome
LETICIA GARCIA DIAS

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
GILCIELE SANTANA DOS REIS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
51089

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Gilciele Santana dos Reis
Médica
CRM 51089

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
13/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 0041001141 TOMOGRAFIA ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO)
2 22 0041001150 SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO)
3
4
5

27 - Qtd. Solic 28 - Qtd. Aut.
001 001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
00000000

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / 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./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 13/08/2024	15:35	a	15:35	22	0041001141 TOMOGRAFIA ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU	001				1,00	374,98
2 13/08/2024	15:35	a	15:35	22	0041001150 SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO	001				1,00	374,98
3			a								
4			a								
5			a								

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	04135471919	JOAO B	06	21994	41	225320
2	12	04135471919	JOAO B	06	21994	41	225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 13/08/2024 3
2 13/08/2024 4

58 - Observação / Justificativa
1 13/08/2024 3
2 13/08/2024 4

59 - Total de Procedimentos (R\$) 749,96	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 749,96
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Letícia Garcia Dias
Policlinica Fazenda Rio Grande



00000920987

Policlínica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 13/08/2024

Hora: 16:53

Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

PACIENTE VEM A CONSULTA RELATANDO ENTORSE QUE OCORREU A 05 DIAS
ESTA EM USO DE SINTOMATICOS
REFERE PESISTENCIA DA DOR, PACIENTE APOIA O MEMBRO NO CHÃO.
REALIZOU RX DO PÉ ESQUERDO - SEM SINAIS DE FRATURAS

EXAME FISICO:

TORNOZELO EDEMACIADO EM REGIÃO MALEOLAR EXTERNO

HD: ENTORSE

SOLICITO TC DO PÉ

ORIENTO RETORNO COM O EXAME

Solicitação de Exames :

41001273 - TC - PÉ E TORNOZELO ESQUERDO

Solicitação de Exames :

30901103 - Ressonancia de TORNOZELO E PÉ ESQUERDO

Solicitação de Exames :

40801047 - OrTOPEDISTA

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 13/08/2024

Hora: 15:51

Médico: TOMOGRAFIA

TOMOGRAFIA DO PÉ + TORNOZELO ESQUERDO SEM CONTRASTE - LAUDO - ARIELLA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

MÉTODO:

- Estudo realizado com tecnologia helicoidal multidetector.

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas íntegras.
- Relações articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações detectáveis ao método. Para o estudo dessas estruturas a ressonância magnética ou mesmo a ultrassonografia podem fornecer mais subsídios diagnósticos.

OPINIÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ ESQUERDO

MÉTODO:

- Estudo realizado com tecnologia helicoidal multidetector.

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas íntegras.
- Relações articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações detectáveis ao método. Para o estudo dessas estruturas a ressonância magnética ou mesmo a ultrassonografia podem fornecer mais subsídios diagnósticos.

OPINIÃO:

Exame dentro dos limites da normalidade.

DR. JOÃO BATISTA SCHELLER
CRM/PR 21994

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010 Idade: 013.10.18

Data: 13/08/2024 Hora: 16:54 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

PACIENTE COM ENTORSE EM TORNOZELO ESQUERDO
DOR REFRATÁRIA A MEDICAÇÃO
APRESENTA EDEMA EM MALEOLO EXTERNO

SOLICITO RESSONANCIA DE TORNOZELO E PÉ
ENCAMINHO AO ORTOPEDISTA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Leticia Garcia Dias

Nº da Carteira: 2.80.468

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 29/10/2010

Nº da Guia: 19793.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/08/2024	12:03:56	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava saindo da brincadeira quando torceu o pé

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora e	09/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Motivo do Retorno

retorno

Ass.:



Ederson Jorge Mattos

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: (para prestadores) ou E-mail: (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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

00000921541

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
19793005 - Validade da Carteira
26/10/20246 - Atendimento a RN
N7 - Nome
LETICIA GARCIA DIAS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
334113512 - Nome do Profissional Executante
ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
2154415 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
14/08/202419 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional
Dra. Ana Paula de Andrade Encinas
CRM-PR 2154425 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Leticia Garcia



1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
14/08/2024

5 - Senha
19793002

6 - Data de Validade da Senha
14/08/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2780468

9 - Validade da Carteira
26/10/2024

10 - Nome
LETICIA GARCIA DIAS

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
LN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
GILCIELE SANTANA DOS REIS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
51089

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
14/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
1	22	0041101316 RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	001	
2	22	0041101308 RM PE (ANTEPE) - NÃO INCLUI TORNOZELO	001	
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / 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./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	14/08/2024	12:42	a	22	0041101316 RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	001				1,00	819,93
2	14/08/2024	12:42	a	22	0041101308 RM PE (ANTEPE) - NÃO INCLUI TORNOZELO	001				1,00	819,93
3			a								
4			a								
5			a								

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	16734246949	JOSE LUIZ HANEMANN DE CAMPOS	06	3333	41	225320
2	12	16734246949	JOSE LUIZ HANEMANN DE CAMPOS	06	3333	41	225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 Assinatura do Beneficiário ou Responsável

	1 14/08/2024	2 14/08/2024	3	4	5	6	7	8	9	10
			/	/	/	/	/	/	/	/

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
1.639,86

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
1.639,86

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assin do Carlos Garcia



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

Rua Epiagênio P. da Cruz, 1396 - Pioneiros
Fazenda Rio Grande/Paraná | CEP: 83833-020
Fone: 41 3644 2700 | E-mail: contato@polclinicafrg.com.br
www.polclinicafrg.com.br

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA
INJEÇÃO DE CONTRASTE À BASE DE GADOLÍNIO**

Preencher os Dados Abaixo

Paciente: Itucio Garcia Rubas

Data Nascimento: 29/10/2020

1. Na realização do exame solicitado pelo seu médico, poderá ser necessária a injeção por via venosa do Contraste à base de Gadolínio. Este contraste servirá para facilitar a demonstração anatômica e a identificação de eventuais anormalidades importantes, caso existam. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações. As substâncias existentes nos meios de contraste à base de Gadolínio usado em exames de Ressonância Magnética, podem potencialmente determinar, desde reações urticariformes (reações leves) até reações mais graves como edema de glote, hipotensão, espasmo bronquial e/ou parada cardiorrespiratória.
2. O uso do contraste à base de Gadolínio pode ser extremamente tóxico para os pacientes com insuficiência renal. Neste grupo de pacientes, a administração de Gadolínio pode provocar uma grave complicação chamada de fibrose sistêmica nefrogênica.
3. Estou ciente de ter sido devidamente informado dos riscos destas eventuais complicações e da importância do emprego de contraste por via venosa, o qual poderá ser decisivo na obtenção de um diagnóstico preciso.
4. Declaro ter lido e compreendido o que foi acima descrito e dou meu pleno consentimento, por livre iniciativa, para a aplicação do contraste à base de gadolínio durante meu exame. Igualmente, entendo que não há garantias absolutas de que intercorrências não venham a ocorrer.
5. Autorizo a utilização do meio contraste à base de gadolínio se for necessário.

SIM ☒ NÃO ☐

Fazenda Rio Grande 14 de Agosto de 2024

Adriani de Castro Garcia
Assinatura do(a) paciente ou Responsável Legal

Declaração de Rejeição ao Uso de Contraste

Eu, _____,

portador do RG nº _____, reservo-me no direito de NÃO utilizar o contraste à base de gadolínio durante a realização do exame, ainda que tenha sido prescrito pelo médico, e que a falta de utilização do medicamento poderá interferir no resultado do meu exame.

Fazenda Rio Grande _____ de _____ de 20____

Assinatura



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

FORMULÁRIO CHECKLIST SEGURO PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Preencher os Dados Abaixo

Nome Completo (Paciente): Letícia Grace Dias

Data de Nascimento: 29/10/2010

O objetivo deste questionário é identificar pacientes que possam ter algum risco durante o exame de ressonância magnética (RM). Devido ao campo magnético, alguns tipos de implantes, dispositivos ou objetos podem ser perigosos para o paciente e/ou interferir na qualidade das imagens de RM. Por isso, Todos os Pacientes devem obrigatoriamente preencher este formulário antes do exame;

Identificar os pacientes potencialmente alérgicos ou com insuficiência renal, que ao realizarem estudos por Ressonância Magnética, necessitem utilizar contraste a base de gadolínio, e que eventualmente possam necessitar de atendimentos específicos;

Também tem a finalidade de realizar uma breve anamnese dos sintomas referidos.

Obs. Antes de entrar na sala de RM, retire todos os seus pertences e deixe-os trancados no armário do vestiário.

Exame: _____

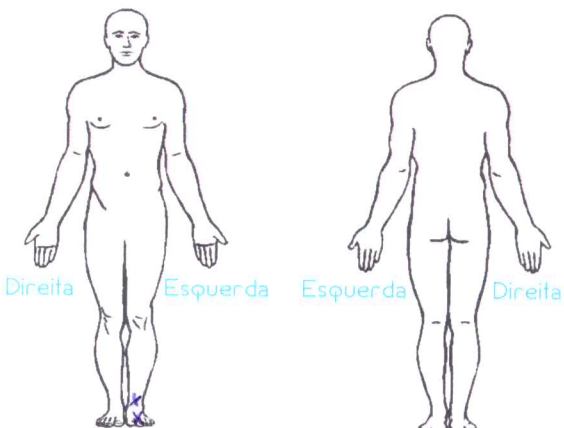
Peso: 81 kg
5.60

QUESTIONÁRIO:

- Está em jejum? 09:00h ☒ Sim ☐ Não
- Já fez ressonância magnética? ☐ Sim ☒ Não
- Possui algum tipo de alergia? Qual? ☐ Sim ☒ Não
- Já foi submetido(a) a cirurgia cerebral? Qual? Quanto tempo? ☐ Sim ☒ Não
- Já foi submetido(a) a outros(s) cirurgias? ☐ Sim ☒ Não
- Usa marca-passo cardíaco? ☐ Sim ☒ Não
- Tem algum implante metálico, estilhaço ou fragmento de arma de fogo em seu corpo? ☐ Sim ☒ Não
- Local do implante? _____
- Tem tatuagem ou maquiagem recente? ☐ Sim ☒ Não
- Usa prótese em seu ouvido? ☐ Sim ☒ Não
- Está grávida ou há possibilidade de gravidez? ☐ Sim ☒ Não
- Tem claustrofobia a ambientes fechados? ☐ Sim ☒ Não
- Tem insuficiência renal? ☐ Sim ☒ Não
- Valor Creatinina: _____ Data do último exame: _____/_____/_____
- Trouxe exames anteriores? ☐ Sim ☒ Não

FRENTE

COSTAS



Por favor, assinale na figura: Onde sente dor, desconforto ou formigamento.

Queixas ou sintomas: Dor no pé ESQ

Há quanto tempo? 6 dias

Já foi operado? não

Qual região? _____

Já fez radioterapia? não

Já fez quimioterapia? não

Tem algum comentário ou informação importante?

Responsável relata anterior no t tornozelo, dificuldade para firmar o pé no chão.

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 06/09/2024

Hora: 19:42

Médico: RESSONANCIA MAGNÉTICA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

Foram obtidas imagens sensíveis ao líquido (DP, STIR e T2) e ponderadas em T1 nos planos ortogonais.

Discreto derrame articular tíbio-talar.

As estruturas ósseas do retro-pé apresentam morfologia e sinais normais.

Heterogeneidade de sinais e irregularidade de contornos do ligamento talofibular anterior com edema de partes moles peri ligamentares.

Demais ligamentos sem alterações significativas.

Não identificamos fraturas ou lesões ósseas destrutivas.

Acúmulo de líquido e espessamento da bainha tendínea comum dos fibulares.

Demais tendões apresentam morfologia e sinais normais.

Ausência de massas ou de coleções em partes moles.

Fáscia plantar anatômica.

Canal tarsal livre.

Espessamento e aumento de sinais da tela subcutânea na região lateral do tornozelo adjacente ao maléolo fibular.

OPINIÃO:

Lesão ligamentar lateral com sinais de estiramento / rotura parcial do ligamento talofibular anterior que se encontra heterogêneo associado a extenso edema de partes moles peri ligamentares.

Moderado acúmulo de líquido espessamento da bainha tendínea comum dos fibulares.

A possibilidade de algum grau de tenossinovite pode ser considerada em correlação clínica.

Espessamento e edema da tela subcutânea na região lateral do tornozelo adjacente ao maléolo fibular.

Discreto derrame articular tibio-talar.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÉ ESQUERDO

Foram obtidas imagens sensíveis ao líquido (DP, STIR e T2) e ponderadas em T1 nos planos ortogonais.

Ausência de derrames articulares significativos.

As articulações apresentam morfologia e relações articulares preservadas.

Estruturas ósseas com morfologia e intensidade de sinal normais.

Músculos e tendões do segmento examinado com aspecto habitual. Ausência de líquido peritendíneo.

Espessamento e aumento de sinais nas sequências sensíveis ao líquido na tela subcutânea do médio e do antepé.

Não identificamos coleções ou massas em partes moles.

Ausência de fraturas no segmento estudado.

OPINIÃO:

Espessamento e edema da tela subcutânea do médio e do antepé, sem evidência de coleções ou lesões expansivas.

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc. 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 14/08/2024

Hora: 14:27

Médico: ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO NO DIA 09/08/2024 ESTAVA CAMINHANDO NO COLÉGIO

NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

MUSCULAÇÃO 3 X SEMANA, EDEMA 1+/4+ NA FACE LATERAL DO TORNOZELO , SEM HEMATOMA, SEM DOR NO PÉ FEZ RX TC E RNM AINDA SEM LAUDO

ANALGSIA+ ORIENTAÇÕES - TORNOZELEIRA - RETORNO COM ORTOPEDISTA COM LAUDO

Receituário :

SOLICITO TORNOZELEIRA COM BARRAS LATERAIS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leticia Garcia Dias

Nº da Carteirinha: 2.80.468

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 29/10/2010

Nº da Guia: 19793

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2024	10:50:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava saindo da brincadeira quando torceu o pé

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora e

Data

09/08/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000918958

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
27804685 - Validade da Carteira
26/10/20246 - Atendimento a RN
N7 - Nome
LETICIA GARCIA DIAS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
334113512 - Nome do Profissional Executante
RENAN KIMURA ROSOT13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5005615 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
09/08/202419 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
09/08/2024

5 - Senha
19793

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuido pela Operadora

8 - Data de Realização
09/08/2024

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2780468

9 - Validade da Carteira
26/10/2024

10 - Nome
LETICIA GARCIA DIAS

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

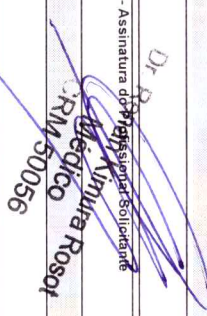
15 - Nome do Profissional Solicitante
RENAN KIMURA ROSOT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
50056

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Renan Kimura Rosot
RM 50056

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
09/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
09/08/2024

37 - Hora Inicial
13:18

38 - Hora Final
13:18

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040804089

41 - Descrição
RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)

42 - Qtd
001

43 - Via
001

44 - Tec.
1.00

45 - Fator Red./Acresc
37.07

46 - Valor Unitário (R\$)
37.07

47 - Valor Total (R\$)
37.07

1

2

3

4

5

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 09/08/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
37.07

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62- Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
37.07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Helio Schulman

68 - Assinatura do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

Policlínica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 09/08/2024

Hora: 13:39

Médico: RENAN KIMURA ROSOT

#S

PACIENTE VEM AO ATENDIMENTO DEVIDO A ENTORSE DE TORNOZELO EM ESCOLA
NEGA FEBRE

NEGA NAUSEAS, VOMITOS OU DIARREIA

CONSEGUE MANTER PADRÃO ALIMENTAR

#O

BEG, LOTE, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, PIFR

SEM DOR EM PALPAÇÃO DE SEIOS DA FACE

MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DOR EM PALPAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, SEM CREPITAÇÃO,
SEM EDEMA

SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA

#A

ENTORSE

#P

REAVALIO NA SEQUENCIA

Solicitação de Exames :

40804089 - Raio X do tornozelo (articulação tibiotársica)

Receituário :

USO ORAL**1) MIOGESIC LIS****TOMAR 1 CP ANTES DE DORMIR POR 5 DIAS****2) ALGINAC 1000****TOMAR 1 CP DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS**

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 09/08/2024

Hora: 13:37

Médico: RAIO X

REALIZADO RX DE TORNOZELO ESQUERDO AP + PERFIL (PACS) MARCIA

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 110135

Paciente: LETICIA GARCIA DIAS

Data Nasc.: 29/10/2010

Idade: 013.10.18

Data: 09/08/2024

Hora: 13:38

Médico: RENAN KIMURA ROSOT

PACIENTE SEM ÇESÃO EM TORNOZELO EM RX

ORIENTO RETORNO EM CASO DE NÃO MELHORAR EM 2 DIAS

ORIENTO CUIDADOS

ALTA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabella de Souza Farias

Nº da Carteirinha: 2.80.299

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 12/12/2012

Nº da Guia: 20085

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	11:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

bola bateu no dedo

Testemunha da ocorrência

Professor m

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora e

Data

20/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Ass.:

Ederson J. Mattos
Coordenador Disciplinar

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº da Guia do Prestador	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		*00000925225*	
4 - Número da Carteira 0280299		5 - Validade da Carteira		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome ISABELLA DE SOUZA FARIAS					
26 - Nome Social					
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135	
12 - Nome do Profissional Executante GILCIELE SANTANA DOS REIS		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 51089	
				15 - UF PR	
				16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial		28 - Regime de Atendimento 01	
				29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 20/08/2024		19 - Tipo de Consulta 4		20 - Tabela 22	
				21 - Código do Procedimento 0010101012	
				22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Gilciele Santana dos Reis</i> CRP-PR 51089		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Valéria C. S. Farias</i>			

CLÍNICA ADVENTISTA DE
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº da Guia do Prestador

00000925253*



1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
20/08/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0280299

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABELLA DE SOUZA FARIAS

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

Gilciele Santana dos Reis Lopes

15 - Nome do Profissional Solicitante
GILCIELE SANTANA DOS REIS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
51089

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Médica
CRM 51089

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
20/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RX MAO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

3

4

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
1 20/08/2024

37 - Hora Inicial
15:12

38 - Hora Final
15:12

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
RX MAO OU QUIRODÁCTILO

42 - Qtd
001

43 - Via
001

44 - Tec.
1.00

45 - Fator Red./Acresc.
37.07

46 - Valor Unitário (R\$)
37.07

2

3

4

5

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 20/08/2024

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
37,07

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
37,07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assinatura de Isabella de Souza Farias

Policlinica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 144658

Paciente: ISABELLA DE SOUZA FARIAS

Data Nasc.: 12/12/2012 Idade: 011.09.04

Data: 20/08/2024 Hora: 16:05 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

Solicitação de Exames :

40801187 - Radiografia DE MÃO E DEDOS DA MÃO
Receituário :**USO ORAL****ALIVIUM 200MG /ML---01 FR**
OFERTAR 20 GOTAS DE 8/8 HORAS, POR 03 DIAS**DIPIRONA 500 MG/ML----01 FR**
OFERTAR 30 GOTAS DE 8/8 HORAS SE DOR OU FEBRE**> COMPRESSAS COM GELO**

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024

Pag.: 1

Ficha: 144658

Paciente: ISABELLA DE SOUZA FARIAS

Data Nasc.: 12/12/2012 Idade: 011.09.04

Data: 20/08/2024 Hora: 15:31 Médico: RAIO X

REALIZADO RX DE MAO DIREITA PA + OBLIQUA - (PACS) MARCIA

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 16/09/2024
Pag.: 1

Ficha: 144658

Paciente: **ISABELLA DE SOUZA FARIAS**

Data Nasc.: **12/12/2012** Idade: **011.09.04**

Data: 20/08/2024 Hora: 16:01 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

PACIENTE VEM A CONSULTA APÓS TRAUMA EM MÃO DIREITA
RELATA TRAUMA COM BOLA DE VOLEI

NEGA COMORBIADES
NEGA MUC
NEGA ALERGIAS

RX SEM SINAIS DE FRATURAS

PRESCREVO SINTOMATICOS
ORIENTAÇÕES E ALTA