

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Jennyffer Noveli da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.1276
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 04/05/1998

Nº da Guia: 3299.009

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/03/2021	16:00:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

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

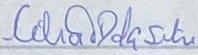
Descrição
Aluna interna relata que estava participando de uma atividade recreativa (promovida pela direção interna) em uma carrocinha que era puxada por um bugue, quando o motorista perdeu o controle, bateu na curva e a carrocinha caiu em cima de seu tornozelo e pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafaela	(44) 99940-2893

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	28/03/2021

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

Motivo do Retorno
Aluna encaminhada para as sessões de fisioterapia, liberação para 20 sessões, conforme pedido médico.

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

1 de 1

18/08/2021

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

2 - Nº Guia no Prestador

Guia 1
Josemar

1 - Registro ANS 348180	3 - Número Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JENNYFFER NOVELI DA SILVA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	---	-------------------------------	-----------------------

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--------------------------	-------------------------	---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica <i>artefluente</i>	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição <i>Furto</i>	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde.
			1- ☐	☐		☐	☐
			2- ☐	☐		☐	☐
			3- ☐	☐		☐	☐
			4- ☐	☐		☐	☐
			5- ☐	☐		☐	☐

Dados do Contratante Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de 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 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1- / /	: :	: :	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
2- / /	: :	: :	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
3- / /	: :	: :	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
4- / /	: :	: :	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
5- / /	: :	: :	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐

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

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total 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	

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

2 - Nº Guia no Prestador

Guia 2
30/08/2014

1 - Registro ANS 348180	3 - Número Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JENNYFFER NOVELI DA SILVA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	---	-------------------------------	-----------------------

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica <i>estresse</i>
-----------------------------	--------------------------	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição <i>Exame de sangue</i>	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde.
1- ☐	☐		☐	☐
2- ☐	☐		☐	☐
3- ☐	☐		☐	☐
4- ☐	☐		☐	☐
5- ☐	☐		☐	☐

Dados do Contratante Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de 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 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1- / /	:	:	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
2- / /	:	:	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
3- / /	:	:	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
4- / /	:	:	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
5- / /	:	:	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐

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

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total 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: Jennyffer Novele da Silva

Convênio: Seguro

Data de Nascimento: 04/05/1998

Diagnóstico Medico: Entorce do tornozelo E

USO DE DISPOSITIVO E MATERIAIS

Terapia manual, Faixa elástica, Eletroterapia, Alteres.

RESUMO DA HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL

Em set/2020 pulou o muro de casa, com fratura de impacto em tornozelo E, ficou 60 dias imobilizado, sem fazer fisioterapia ou outra terapia. Em 2021, o carrinho do Bug caiu sobre o tornozelo fraturado e sentiu muitos dores e está edemaciado. Foi ao ortopedista que além da fisioterapia, prescreveu uma palmilha.

PLANO TERAPEUTICO

Melhorar a ADM; Aliviar a dor; Equilibrar os músculos que intervêm no tornozelo; Corrigir os movimentos incorretos do tornozelo; Retomar a funcionalidade do paciente.

TRATAMENTO

Nas primeiras sessões foram realizadas terapia manual, mobilização passiva e ativa, orientado gelo 2 x ao dia e conforme a dor foi aliviando foi realizado reeducação da marcha, exercícios proprioceptivos e exercícios de reforço muscular na musculatura intrínseca do pé, nos dorsiflexores e músculos peroneais. Treino de marcha

Houve alteração do quadro?

SIM ☒
NÃO, PIOROU ☐

MANTEVE-SE ESTÁVEL ☐

JUSTIFIQUE

Paciente apresenta marcha adequada, e sem dor.

FT. Carla Betania Huf Ferraz Campos

GUIA DE ATENDIMENTOS

PACIENTE

JENNYFFER NOVELI DA SILVA

19.08.2021	x	Jennyffer	26.08.2021	x	Jennyffer	02.09.2021	x	Jennyffer	16.09.2021	x	Jennyffer	23.09.2021	x	Jennyffer
24.08.2021	x	Jennyffer	31.08.2021	x	Jennyffer	14.09.2021	x	Jennyffer	21.09.2021	x	Jennyffer	28.09.2021	x	Jennyffer
30.09.2021	x	Jennyffer	07.10.2021	x	Jennyffer	26.10.2021	x	Jennyffer	16.11.2021	x	Jennyffer	25.11.2021	x	Jennyffer
05.10.2021	x	Jennyffer	19.10.2021	x	Jennyffer	09.11.2021	x	Jennyffer	23.11.2021	x	Jennyffer	07.12.2021	x	Jennyffer