



**Bradesco**  
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

234398

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 11/11/11	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha 11/11/11
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 9543900754260111	8 - Validade da Carteira 11/11/11	9 - Atendimento a RN
10 - Nome Carlete Gomes Gonçalves		11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado União	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Ortopedista	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho 17905
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data Sugerida para Internação 11/11/11	17 - UF	18 - Código CBO
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de Uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterapia
28 - Indicação Clínica		

Dor + limitações PLAVD S/  
melhor q fto clínico

29 - CID 10 Principal M33.2	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
--------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	30733065	VINGO p/ nuist		
02-	30733103	VINGO p/ Release		
03-		latun		
04-	30733049	VINGO p/ osteocandy		
05-		(CORR) line		
06-				
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-		TX VINGO		

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 11/11/11	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Rafael Provença		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação 11/11/11	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Ortopedista CRM/PR 17905	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Carlete Gomes Gonçalves	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## Solicitação de Autorização de Materiais Especiais

Hospital possui acordo para procedimento padronizado (pacote) para o evento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado encontra-se internado para realização do procedimento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado não está internado mas o procedimento solicitado é decorrente de fratura? ☐ Sim ☐ Não

Solicitante

Data da Solicitação

ALEXANDRE O. QUEIROZ

Hospital/Clinica  
UNIORTE

Código de referenciamento do Hospital/Clinica

Telefone do Hospital/Clinica

( 43)3377 -0900

Nome do segurado (paciente)  
ARLETE GOMES GONCALVES

Matrícula

Idade

Sexo

M ☐ F ☐

Procedimento(s) cirúrgico(s)

Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)

VIDEO PARA MENISCO

30733065

VIDEO PARA OSTEOCONDROPLASTIA

30733049

VIDEO PARA RELEASE PATELA

307333103

Nome do médico cirurgião  
ALEXANDRE QUEIROZ

CPF

CRM  
17905

Telefone do Consultório  
(43 )3377 -0900

Celular  
( )

Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)

**DOR + LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO**

Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1				
2			LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES	
3			LAMINA DE SHAVER PARTE OSSE	
4			RADIOFREQUENCIA	
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**Anexar todos os laudos de exames** que justifiquem a indicação cirúrgica.

Assinatura do cirurgião

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

Os campos são de preenchimento obrigatório, a falta de um deles prejudicará a análise

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374



Nome: ARLETE GOMES GONCALVES  
Data de nascimento: 09/08/1967

Exame: JOELHO DIREITO  
Data do exame: 04/05/2023 13h06

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR. Estudo realizado em equipamento de baixo campo magnético.

### Análise:

Redução volumétrica e aspecto fragmentado do corno anterior do menisco lateral, denotando rotura complexa, com sinais de perimeniscite.

Leve alteração degenerativa do corno posterior e transição com o corpo do menisco medial, sem roturas.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Discreta tendinopatia do quadríceps e difuso do patelar, sem roturas. Associa-se leve edema da gordura infrapatelar lateral, por hipersolicitação do mecanismo extensor.

Leve/moderada peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso, sem roturas.

Moderada bursite da pata anserina.

Pequeno/moderado derrame articular, com imagem sugestiva de corpo intra-articular no intercôndilo tibial anterior, de 1,1 cm.

Diminuto cisto de Baker com sinais de rotura parcial.

Patela normoposicionada, com inclinação e leve subluxação laterais.

Tróclea femoral superior raso e com leve hipoplasia medial.

Fina plica parapatelar medial, que se insinua no compartimento patelofemoral.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos preservados.

### Conclusão:

Rotura complexa do corno anterior do menisco lateral.

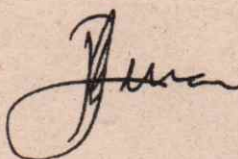
Leve alteração degenerativa do corno posterior e transição com o corpo do menisco medial.

Leve/moderada peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso.

Moderada bursite da pata anserina.

Pequeno/moderado derrame articular, com imagem sugestiva de corpo intra-articular no intercôndilo tibial anterior.

Diminuto cisto de Baker com sinais de rotura parcial.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira  
CRM / PR 26959