

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

___/___/___

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

___/___/___

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Claudineia José da Silva

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

- HEL

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Insuficiência cardíaca e renal 2/mês de medicação

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M24.2

30 - CID 10 (2) (Opcional)

N67.8

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

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- ___	30734053	Reparo torçao ligamento 2x	___	___
02- ___	30734029	Sinovectomia por cat 1x	___	___
03- ___	30731127	Terapias 1x	___	___
04- ___	___	___	___	___
05- ___	___	___	___	___
06- ___	___	1 Sessão	___	___
07- ___	___	2 meses 3.0	___	___
08- ___	___	2 meses fortalecimento	___	___
09- ___	___	___	___	___
10- ___	___	___	___	___
11- ___	___	___	___	___
12- ___	___	___	___	___

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

___/___/___

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome Paciente: CLAUDINEI JOSE DA SILVA
Data Nasc.: 03/05/1980
Data Exame: 07/03/2024
Médico Solicitante: DR. RAFAEL BELETATO

Id: 34080

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

Metodologia: foram adquiridas sequências ponderadas em T1 e T2 em múltiplos planos.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.
Superfícies condrais de contornos regulares, sem evidências de lesões osteocondrais.
Ausência de derrame articular.
Discreto espessamento do ligamento talofibular anterior e com líquido ao redor, sugerindo lesão ligamentar parcial.
Espessamento do ligamento fibulocalcâneo, inferindo lesão parcial.
Ligamentos tibiofibulares anterior e posterior, talofibular posterior e deltoide íntegros, com espessura normal e com sinal preservado.
Não se observa alargamento da sindesmose tibiofibular.
Líquido aumentado ao redor dos tendões fibulares que estão espessados e com alteração de sinal, principalmente do fibular curto, mais significativo na porção inframaleolar.
Tendões tibial posterior, flexores e extensores de continuidade, espessura e sinal conservados.
Tendão calcâneo com espessura e sinal preservados.
Fáscia plantar com espessura e sinal conservados.
Não há sinais de coalizões tarsais.
Seio do tarso livre.
Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Impressão diagnóstica:

Tendinopatia e tenossinovite dos fibulares.
Discreto espessamento do ligamento talofibular anterior e com líquido ao redor, sugerindo lesão ligamentar parcial.
Espessamento do ligamento fibulocalcâneo, inferindo lesão parcial.



Dr. FABIO FERREIRA LEHMANN

CRM PR 15519 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem



Dr. MARCUS VINICIUS GUSMAO CABRAL

CRM PR 16325 RQE - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem