



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

343269

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

0005 0000062907657

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Bruno Valize

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17906

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17905

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Unidade

21 - Data sugerida para internação

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 quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Per + Instabilidade articular
no coto s/ melhora cl. tx
Unimed

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M23.5

30 - CID 10 (2) (Opcional)

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- 3073 3073

Vino pl LCA

02- 3073 3049

Vino pl osteo com cl. pl

03- 3073 1216

TRANSFUSÃO + 1 unidade

04- 3073 1216

TX VIDAS

05- 3073 1216

Lunax s/mor p/mob

06- 3073 1216

Lunax s/mor p/osteo

07- 3073 1216

08- 3073 1216

09- 3073 1216

10- 3073 1216

11- 3073 1216

12- 3073 1216

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: BRUNO VALEZE
Data de nascimento: 19/04/1997

Exame: JOELHO DIREITO
Data do exame: 29/04/2024 11h57

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR.

Análise:

Pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior com túneis ósseos de topografia e calibre habituais, com material metálico no interior do túnel femoral. Afilamento e alteração de sinal do enxerto ligamentar.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.

Estruturas do compartimento posterolateral e demais estruturas ligamentares sem alterações significativas.

Meniscos com morfologia e sinal habituais.

Afilamento do ligamento patelar, com irregularidades no polo patelar inferior e artefatos de susceptibilidade magnética, relacionado a doação de enxerto ligamentar.

Leve tendinopatia do quadríceps, sem roturas.

Delaminação condral profunda na faceta medial da patela e outra na faceta medial da tróclea, notando-se ainda outras pequenas fissuras condrais superficiais esparsas no remanescente patelar, sem alterações subcondrais.

Finas delaminações condrais profundas nos terços médio e posterior do planalto tibial lateral, sem alterações subcondrais.

Ausência de derrame articular significativo.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

Estrias fibrocicatríciais na gordura de Hoffa, por manipulação cirúrgica prévia.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos preservados.

Conclusão:

Pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior, com afilamento e alteração de sinal do enxerto ligamentar. A suficiência pode ser melhor avaliada por exame físico.

Alterações pós-cirúrgicas no patelar, para doação do enxerto ligamentar.

Leve tendinopatia do quadríceps.

Condropatia patelofemoral e no planalto tibial lateral.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959