

INTERNAÇÃO - MUDANÇA E ACRÉSCIMO DE PROCEDIMENTO

Unimed

Londrina

DADOS DO BENEFICIÁRIO / PLANO

Nº da guia de origem: 93571322

Código:

Nome: Gabriel Francisco de Souza Xavier

HOSPITAL

Nome: Vinícius

Data de Internação:

Diárias Autorizadas:

Procedimento Autorizado:

☐ Justificativa de mudança de procedimento

☒ Justificativa de acréscimo de procedimento

☐ Justificativa de prorrogação

☐ Justificativa de Material e Medicamento em alto custo

Sobito a liberação do cod:

1 x 30433103

Obs: Justificativa em anexo e sendo finalizado.

Carimbo e Assinatura do Cooperado:

23/01/2024

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

Parecer da UNIMED:

Londrina, de de

Gestão de Relacionamento com o cliente (Auditoria Médica)

ANS - n.º 343269

RELATÓRIO DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR



Londrina, 17 de janeiro de 2024

Prezado (a) Dr (a). ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ

Em referência ao seu pedido de autorização para atendimento ao beneficiário abaixo citado, solicito a gentileza de esclarecer algumas informações para melhor fundamentar nosso parecer, conforme assinalado a seguir:

Nome do (a) beneficiário (a): GABRIEL FRANCISCO DE SOUZA XAVIER 1470000001926402 Guia: 93697920

Procedimento (s) solicitado (s)

30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RETENCIONAMENTO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO PATELO-FEMORAL MEDIAL # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO DE JOELHO; ; .

Conforme a operadora contratante UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO,

Bom dia, Desfavorável 30733103 Trat. Instabilidade Femoro-patelar, uma vez que conforme exame de RM patela normo-posicionada sem alterações, o código solicitado não é específico para ressecção de plica sinovial. Favor repassar ao Ma, caso não concorde justificar.

Por gentileza utilize este campo para resposta: (necessário assinar e carimbar este documento)

Peço a CI Dr + ESTAB DO
para patelar no canal, Referente
A plica medial que se in situ
p/ Compartmento patelo femoral,
portanto Indicar Ressecção

Por gentileza, enviar resposta para o e-mail back.relatorios@unimedlondrina.com.br

Prezado (a) Dr (a) solicitamos sua colaboração para o preenchimento do relatório em questão em 24 horas, para maior satisfação dos nossos beneficiários.

Desde já agradecemos a colaboração.
LUIZE CANDIDO CLOSS
ASSIST. ATEND. CLIENTE II
Gestão de Atendimento ao Cliente

UNIMED LONDRINA

Av. Ayrton Senna da Silva, 1065.

86050-460 – Londrina – PR

Atendimento ao cliente 24h: 0800 400 6100

COD: 30733103

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM-PR 17.905

Nome: GABRIEL FRANCISCO DE SOUZA XAVIER Exame: JOELHO DIREITO

Data de nascimento: 29/04/2004

Data do exame: 04/12/2023 16h49

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 e material metálico no interior do túnel tibial. Sinais de rotura parcial intersticial do enxerto ligamentar proximal, que se apresenta levemente espessada e com alteração de sinal.

Estiramento difuso dos ligamentos colaterais, com edema periligamentar, sem roturas.

Estiramento da porção distal do ligamento anterolateral, com edema periligamentar, sem roturas.

Ligamento cruzado posterior íntegro.

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

Pequena fratura/impactação na porção anterior do côndilo femoral lateral, terços médio/posterior do côndilo femoral medial e no rebordo posterior do intercôndilo, pelo mecanismo de trauma e com moderado edema ósseo, sem desalinhamentos.

Rotura vertical periférica no corpo e corno posterior do menisco medial, com extensão para ambas as superfícies articulares.

Rotura radial oblíqua na transição do corno com a raiz posterior do menisco lateral.

Acentuado derrame articular com leve sinovite.

Cisto de Baker com sinais de rotura parietal extensa.

Alterações pós-cirúrgicas nos tendões da pata anserina, para doação do enxerto.

Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

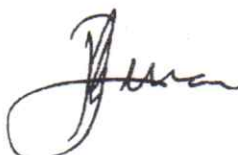
Tróclea femoral superior rasa e com hipoplasia medial.

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

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

Superfícies condrais com espessura e sinal habituais. Demais estruturas ósseas e planosmiotendíneos preservados.

Conclusão:



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959

Nome: GABRIEL FRANCISCO DE SOUZA XAVIER Exame: JOELHO DIREITO

Data de nascimento: 29/04/2004

Data do exame: 04/12/2023 16h49

Pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior, com rotura parcial intersticial enxerto ligamentar proximal.

Estiramento difuso dos ligamentos colaterais.

Estiramento da porção distal do ligamento anterolateral.


Pequena fratura/impactação nos côndilos femorais e no rebordo posterior do intercôndilo, pelo mecanismo de trauma e com moderado edema ósseo.

Rotura dos meniscos.

Acentuado derrame articular com leve sinovite.

Cisto de Baker com sinais de rotura parietal extensa.

Alterações pós-cirúrgicas nos tendões da pata anserina, para doação do enxerto.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959



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

0147 000 000 1926402

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Gabriel Francisco Souza Xavier

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
CRM/PR 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17905

17 - UF

PR

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

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

Dor + instabilidade articular
pequena nos tornozelos

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-	30733073	VINGO p/ LIA	01	
02-	30733065	VINGO p/ MUMFLO	02	
03-	30733103	VINGO p/ RESERVAÇÃO	01	
04-		TX VINGO		
05-				
06-				
07-				
08-				
09-	30731216	TRANSFUSÃO + TUBO		
10-		(p/ Alergia)		
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo de 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