

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 _____	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____

10 - Nome Wesley A. J. 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 Morte	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 Hidrose do rim direito e linfadenopatia

29 - CID 10 Principal (Opcional) M15.9	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- _____	30734045	os trocadores plásticos	1x	_____	_____
02- _____	30729293	os trocadores plásticos	2x	_____	_____
03- _____	30734029	Sinectomia	1x	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	Microscopia	_____	_____	_____
08- _____	_____	Suporte Aquecido	_____	_____	_____
09- _____	_____	Serum	_____	_____	_____
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 _____
--------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Paciente: WESLEY DOS SANTOS VASCONCELOS (ID: 35808)
Data Nasc.: 03/06/1988 (35 anos)
Data Exame: 17/05/2024
Solicitante: DR. RAFAEL BELETATO, Grupo Ortopédico de Londrina



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEPÉ ESQUERDO

Metodologia: foram adquiridas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR em múltiplos planos. Após a administração de contraste foram adquiridas as sequências ponderadas em T1 com saturação de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

Obliteração parcial da gordura subcutânea na região plantar junto a cabeça do 1º metatarsiano, relacionado a alterações por pressão mecânica.
Alterações degenerativas da articulação metatarsofalangeana do hálux, com afilamento condral, redução da amplitude articular e edema e cistos subcondrais, associado a mínimo derrame articular e sinovite.
Demais espaços articulares preservados.
Tendões flexores e extensores com continuidade, espessura e sinal conservados.
Placas plantares sem lesões.
Ausência de líquido nas bursas intermetatársicas distais.
Espaços intermetatársicos distais livres, sem evidências de neuromas interdigitais.
Edema da diáfise do 5º metatarsiano, com mínimo edema periosteal, sugerindo fratura por stress.
Demais estruturas ósseas preservadas.
Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Impressão diagnóstica:

Alterações degenerativas da articulação metatarsofalangeana do hálux, associado a discreto derrame articular e sinovite.
Sinais que sugerem fratura por stress do 5º metatarsiano.


Dr. Fabio Ferreira Lehmann
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
CRM PR 15519 - RQE Nº: 11058


Dr. Marcus Vinicius Gusmao Cabral
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
CRM PR 16325 - RQE Nº: 17089