

Guia de Solicitação de Internação

BB SEGUROS

Brasilsaúde
Companhia de Seguros

SulAmérica

associada ao ING

2-Nº

| | | | | |
|----------------|-----------------------|---------|--------------------------|---------------------------|
| 1-Registro ANS | 3-Data da Autorização | 4-Senha | 5-Data Validade da Senha | 6-Data de Emissão da Guia |
|----------------|-----------------------|---------|--------------------------|---------------------------|

| | | | |
|-----------------------|--|---------|------------------------|
| Dados do Beneficiário | | 8-Plano | 9-Validade da Carteira |
| 7-Número da Carteira | | | |

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 10-Nome | 11-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| Kelly Domínguez M. Cornejo | |

| | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|----------------|
| Dados do Contratado Solicitante | | 13-Nome do Contratado | 14-Código CNES |
| 12-Código na Operadora / CNPJ / CPF | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|----------------|
| 15-Nome do Profissional Solicitante | 16-Conselho Profissional | 17-Número do Conselho | 18-UF | 19-Código CBOS |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|----------------|

| | | |
|--|--|----------------------|
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação | | 21-Nome do Prestador |
| 20-Código na Operadora / CNPJ | | Coração - Bela Saúde |

| | |
|---------------------------------------|--|
| 22-Caráter da Internação | 23-Tipo de Internação |
| E - Eletiva U - Urgência / Emergência | 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica |

| | |
|--|--------------------------------|
| 24-Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar | |

| |
|---|
| 26-Indicação Clínica |
| - Hospitalar em Ré Equivale a 1/ melhor H. C. |

| | | | |
|------------------------|--|---|--|
| Hipóteses Diagnósticas | | 28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente | 29-Indicação de Acidente |
| 27-Tipo Doença | | A-Anos M-Meses D-Dias | 0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros |

| | | | |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| 30-CID 10 Principal | 31-CID 10 (2) | 32-CID 10 (3) | 33-CID 10 (4) |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------|----------------|--------------|
| Procedimentos Realizados | | | 37-Qtde. Solic | 38-Qtde. Aut |
| 34-Tabela | 35-Código do Procedimento | 36-Descrição | | |

| | | | | |
|---|------------|-------------------------|---|---|
| 1 | 307311224 | Transposição Vene total | 0 | 1 |
| 2 | 397311127 | hemorroidectomia | 0 | 1 |
| 3 | 3073191190 | extirpação total | 0 | 1 |
| 4 | 397311089 | hemorroidectomia | 0 | 1 |
| 5 | | | | |

| | | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|---------------|-------------------------|
| OPM Solicitados | | 42-Qtde. | 43-Fabricante | 44-Valor Unitário - R\$ |
| 39-Tabela | 40-Código do OPM | 41-Descrição OPM | | |
| 1 | | • Minisserra | | |
| 2 | | • hemorroidectomia | | |
| 3 | | • fio Pilon | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|-----------------------------------|
| Dados da Autorização | | 46-Qtde. Diárias Autorizadas | 47-Valor de Acomodação Autorizada |
| 45-Data Provável da Admissão Hospitalar | | | |

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------|
| 48-Código na Operadora / CNPJ | 49-Nome do Prestador autorizado | 50-Código CNES |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------|

| |
|---------------|
| 51-Observação |
|---------------|

| | | |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 52-Médico Solicitante | 53-Beneficiário ou Responsável | 54-Responsável pela Autorização |
| | Assinatura | Data |

DR. RAFAEL BELETATO
ORÇÃO DE TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE - PE ETORNOZELO
CARTÃO 20006/TEOT 14428

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1 e T2, em aquisições multiplanares, sem uso do meio de contraste endovenoso.

Análise:

Proeminência do aspecto posterossuperior do calcâneo (deformidade de Haglund) com edema da sua medular óssea.

Bursite retrocalcaneana.

Tendinopatia do calcâneo caracterizada por espessamento e alteração do sinal intrassubstancial, com entesófito e edema da medular óssea justainsercional e calcificações distróficas intratendíneas.

Sinais de fascíte plantar caracterizados por espessamento e alteração do sinal intrassubstancial, com entesófito insercional, sem roturas.

Pequeno derrame articular nos recessos tibiotalares anterior e posterior e na subtalar posterior.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Superfícies condrais de contornos regulares, sem evidências de lesões osteocondrais.

Sindesmose tíbio-fibular de contornos regulares, estando os ligamentos tíbio-fibulares íntegros.

Complexos ligamentares medial, lateral e calcaneonavicular plantar (mola) íntegros.

Tendões fibulares, tibial posterior, flexores e extensores de continuidade, espessura e sinal conservados.

Seio do tarso livre.

Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Impressão:

Tendinopatia do calcâneo associada a proeminência do aspecto posterossuperior do calcâneo e bursite retrocalcaneana (tríade de Haglund).

Sinais de fascíte plantar.

Pequeno derrame articular nos recessos tibiotalares anterior e posterior e na subtalar posterior.



Dr. José Augusto Berg

CRM 36823/PR
RQE 21384