



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

*Sobrinho*

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

0000 5000 00 413 69 214

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

*Mariana P. X. Marcos*

10 - Nome

## 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

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

*instab. p/obter Joelno Direto*

29 - CID 10 Principal (Opcional)

583

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		<i>Exame físico</i>	01	
02	30726239	<i>Realização de exames</i>	01	
03	30731216	<i>Exames de laboratório</i>	01	
04	30733103	<i>Relatório de exames</i>	01	
05				
06				
07				
08		<i>Exame de sangue</i>	02	
09		<i>Exame de urina</i>	01	
10		<i>Exame de fezes</i>	01	
11		<i>Exame de ECG</i>	01	
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

*Dr. Roberto G. Gasparelli  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389*

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: **MARIANA POSTIGO TORRES MORAES**

**ID: 1480470**

Idade: 11 anos

Sexo: Feminino

Data Nasc.: 08/09/2012

Data/Hora Exame: 16/11/2023 20h26

Dr.(a): **Roberto Grange Gasparelli - CRM/PR 32428**

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Avaliação de lesão.

### TÉCNICA DE EXAME:

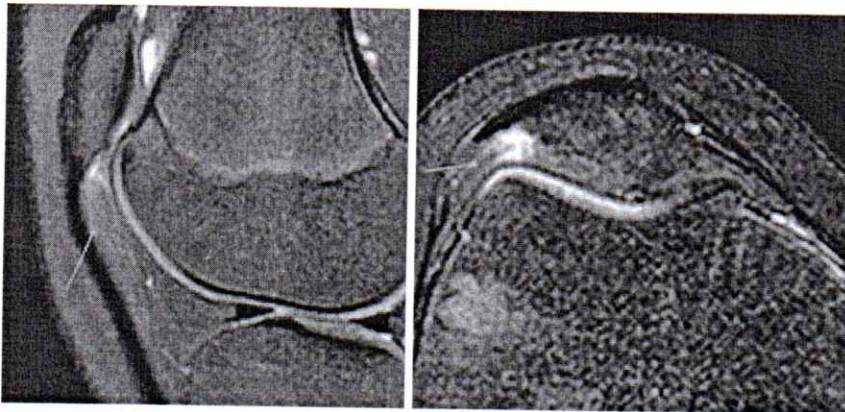
Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequencias FSE e cortes multiplanares. Colocado marcador no local da queixa clínica do paciente.


### INTERPRETAÇÃO:

Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.  
Ligamentos cruzados e colaterais sem alterações significativas.  
Tendão quadríceps e patelar preservados.  
Demais estruturas ligamentares e musculotendíneas de aspecto habitual.  
Edema na porção superolateral da gordura infrapatelar profunda, relacionado a atrito / hipersolicitação.  
Patela normoposicionada, sem subluxação/inclinação lateral.  
Superfícies condrais preservadas.  
Não há derrame articular significativo.  
Feixes neurovasculares sem alterações.  
Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de atrito / hipersolicitação patelofemoral.



  
**Dr. Jose Eduardo Colla**  
CRM / PR 28194