

|  |  |
|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>3 4 3 2 6 9</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>_____ |
|--|--|

|   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| 4 - Data da Autorização<br>____/____/____ | 5 - Senha<br>_____ | 6 - Data de Validade da Senha<br>____/____/____ |
|---|--------------------|---|

Dados do Beneficiário

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 7 - Número da Carteira<br>_____    | 8 - Validade da Carteira<br>____/____/____ | 9 - Atendimento a RN<br>____           |
| 10 - Nome<br><b>Monis J. L. L.</b> |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>_____ |

Dados do Contratado Solicitante

|  |                                    |                                  |                 |
|--|------------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| 12 - Código na Operadora<br>_____              | 13 - Nome do Contratado<br>_____   |                                  |                 |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>_____ | 15 - Conselho Profissional<br>____ | 16 - Número no Conselho<br>_____ | 17 - UF<br>____ |
|  |                                    | 18 - Código CBO<br>_____         |                 |

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|  |   |  |
|--|---|--|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br>_____ | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>Evangelina</b> | 21 - Data sugerida para internação<br>____/____/____ |
| 22 - Caráter do Atendimento<br>____      | 23 - Tipo de Internação<br>____                               | 24 - Regime de Internação<br>____                    |
| 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>____   | 26 - Previsão de uso de OPME<br>____                          | 27 - Previsão de uso de quimioterápico<br>____       |

28 - Indicação Clínica

**Rei Couro + Lesões tendões + ligamentos**

|   |                                     |                                     |                                     |   |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (Opcional)<br>_____ | 30 - CID 10 (2) (Opcional)<br>_____ | 31 - CID 10 (3) (Opcional)<br>_____ | 32 - CID 10 (4) (Opcional)<br>_____ | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>____ |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição                        | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|---------------------------------------|-----------------|---------------|
| 01- _____   | <b>30734053</b>                                  | <b>Reconstrução ligamento cruzado</b> | <b>02</b>       | ____          |
| 02- _____   | <b>30731224</b>                                  | <b>Transplante de tendão</b>          | <b>01</b>       | ____          |
| 03- _____   | <b>30729190</b>                                  | <b>Osteotomia</b>                     | <b>01</b>       | ____          |
| 04- _____   | _____  | _____                                 | ____            | ____          |
| 05- _____   | _____  | _____                                 | ____            | ____          |
| 06- _____   | _____  | <b>2 oncos 3.0</b>                    | ____            | ____          |
| 07- _____   | _____  | <b>1 show</b>                         | ____            | ____          |
| 08- _____   | _____  | <b>1 fio PDS</b>                      | ____            | ____          |
| 09- _____   | _____  | <b>1 placa Step foot</b>              | ____            | ____          |
| 10- _____   | _____  | <b>Mi croscopia</b>                   | ____            | ____          |
| 11- _____   | _____  | _____                                 | ____            | ____          |
| 12- _____   | _____  | _____                                 | ____            | ____          |

**DR. RAFAEL BELLEATO**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PR 28.806 / 15011425

Dados da Autorização

|   |   |  |
|---|---|--|
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar<br>____/____/____ | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>____            | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada<br>____ |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br>_____         | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br>_____ | 44 - Código CNES<br>_____                  |

45 - Observação / Justificativa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Paciente: MARIA JOSE DOS SANTOS OLIVEIRA**

**ID: 1217901**

**Idade: 52 anos**

**Sexo: Feminino**

**Data/Hora Exame: 02/01/2023 09h34**

**Data Nasc.: 22/01/1970**

**Dr.(a): RAFAEL MAURICIO BELETATO - CRM/PR 28806**

---

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO**

**Indicação:** lesão ligamentar.

**Técnica:** Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequências FSE e cortes multiplanares.

### **Análise:**

Sinais de pé cavo, retropé varo, cuja valorização depende de correlação com estudo radiográfico radiográfico com carga.

Estiramento de baixo grau do ligamento talofibular anterior, tibiofibular anterior e calcaneofibular.

Irregularidade fibrocicatricial das fibras profundas do complexo ligamentar deltoide.

Demais ligamentos do tornozelo sem alterações significativas.

Afilamento condral tibiotalar, com fissuras profundas no aspecto anterior da tibia, com edema e cistos subcondrais.

Pequeno derrame articular tibiotalar e subtalar posterior.

Demais superfícies condrais preservadas.

Tendinopatia e peritendinite dos fibulares, com rotura longitudinal parcial do fibular curto.

Tendinopatia leve difusa do calcâneo, sem roturas.

Atrofia/lipossustituição parcial da musculatura focalizada posterior da perna e da musculatura plantar do pé, incluindo o quadrado plantar, flexor curto dos dedos e abdutor do dedo mínimo.

Aponeurose plantar com espessura habitual.

Túnel e seio do tarso livres.

Feixes neurovasculares sem alterações ao método.

### **Impressão:**

Sinais de pé cavo, retropé varo, cuja valorização depende de correlação com estudo radiográfico com carga.

Estiramento de baixo grau do ligamento talofibular anterior, tibiofibular anterior e calcaneofibular.

Irregularidade fibrocicatricial das fibras profundas do complexo ligamentar deltoide.

Condropatia tibiotalar acentuada.

Pequeno derrame articular tibiotalar e subtalar posterior.

Tendinopatia e peritendinite dos fibulares, com rotura longitudinal parcial do fibular curto.

Tendinopatia leve difusa do calcâneo, sem roturas.

Atrofia/lipossustituição parcial da musculatura focalizada posterior da perna e da musculatura plantar do pé, incluindo o quadrado plantar, flexor curto dos dedos e abdutor do dedo mínimo.

*Caio Barros Figueiredo*  
**Dr. Caio Barros Figueiredo**  
**CRM / PR 42256**



(43) 9 9 93-2908

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA  
Plano Regulamentado  
Contratante BELAGRICOLA  
Vigência do Plano 02/01/2020  
Rede de Atendimento 29/12/2023  
Validade 29/12/2023  
RBO4 BASICO  
Abrangência GRUPO DE MUNICÍPIOS  
Via 06  
Cobertura Parcial Temporária  
NÃO HÁ  
Acomodação COLETIVA  
Data de Nascimento 22/01/1970  
Nome do Beneficiário MARIA J SANTOS OLIVEIRA  
0005  
0005 000001005492 0  
UNIMED  
somos  
ccop  
UNIFORME EMPRESARIAL LOCAL BAS  
ICO: 085 30%  
COLETIVO EMPRESARIAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

|                |  |                    |            |
|----------------|--|--------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 6.596.131-8  | DATA DE EXPEDIÇÃO  | 09/09/1992 |
| NOME           | MARIA JOSE DOS SANTOS OLIVEIRA                       |                    |            |
| FILIAÇÃO       | ORLANDO JOSE DOS SANTOS<br>GENIVALDA DE SOUSA SANTOS |                    |            |
| NATURALIDADE   | B.VISTA PARAISO/PR                                   | DATA DE NASCIMENTO | 22/01/1970 |
| DOC ORIGEM     | COMARCA=BELA V PARAISO/PR, DA SEDE                   |                    |            |
| CPF            | C.CAS 1960, LIVRO=B24, FOLHA=60                      |                    |            |
| CURITIBA-PR    | ASSINATURA DO DIRETOR Bel Douglas Haquim             |                    |            |

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CIC

973210109 10

NOME COMPLETO  
MARIA JOSE DOS SANTOS OLIVEIRA

NASCIMENTO  
22/01/1970

ASSINATURA  
Maria Jose dos Santos Oliveira

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE