



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome completo Letícia M. Melo		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado			14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO

22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
---	--	--	--

24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Indicação Clínica <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue; margin-top: 10px;"> Insuficiência cardíaca lateral torácica + lesões supratentóricas </div>	

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)		

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	3073 4053	Recontagem legítima 2x	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____	_____

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

Est CRM

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
____/____/____	____/____/____	____/____/____

Dr. Rafael Beletato
Ortopedia e Traumatologia
Especialidade - Pe e Tornozelo
CRM/PR: 28.806 / TEOT 14425

Paciente: LETICIA MIRANDA DE MATOS

Idade: 19 anos

Sexo: Feminino

ID: 3031191

Data Nasc.: 26/09/2004

Data/Hora Exame: 12/06/2024 16h13

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:

Discreto afilamento e irregularidade fibrocicatricial do ligamento talofibular anterior.

Rotura parcial crônica de alto grau do ligamento calcaneofibular, com aspecto irregular/redundante e finos feixes de fibras em continuidade na inserção fibular.

Pequeno derrame articular tibiotalar.

Pequeno cistos gangliônicos junto ao retináculo extensor inferior, medindo 0,6 cm.

Tendinopatia e peritendinite leve do segmento inframaleolar dos fibulares.

Estruturas ósseas de morfologia e sinal habituais.

Demais ligamentos laterais, sindesmóticos e do complexo deltoide íntegros.

Demais estruturas tendíneas preservadas.

Aponeurose plantar com espessura preservada.

Não há lesões osteocondrais.

Túnel e seio do tarso livres.

Feixes neurovasculares sem alterações ao método.

Impressão:

Rotura parcial crônica de alto grau do ligamento calcaneofibular e de baixo grau do ligamento talofibular anterior.

Pequeno derrame articular tibiotalar.

Tendinopatia e peritendinite leve do segmento inframaleolar dos fibulares.

Interpretado Por:

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

Diretor Técnico:

Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

Diretor Técnico: Dr. Henrique Ferreira Dos Reis - CRM 29746 PR

1 de 1