

ingua

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

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 Social

10 - Nome

Vitor Luis Feres Roxo

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

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Ruptura de menisco lateral + Sinovite
joelho @

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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- _____ | _____ | Reparo menisco | 1 | 1 |
| 02- _____ | _____ | Sinovectomia / plasma | 1 | 1 |
| 03- _____ | _____ | Taxa de video | 1 | 1 |
| 04- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 05- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 06- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 07- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 08- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 09- _____ | _____ | Lâmina de shaver | 1 | 1 |
| 10- _____ | _____ | Radiofrequencia | 1 | 1 |
| 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

Guilherme I. M. Piovesana
CRM-PR 2365 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: trauma

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura. Sem administração do meio de contraste paramagnético (gadolinio) por via intravenosa.

INTERPRETAÇÃO:

Sinais de rotura longitudinal no corpo meniscal lateral, com irregularidade dos contornos da sua margem livre no corno posterior, com pequeno flap meniscal direcionado para o recesso meniscotibial, associado a edema na região por provável conflito.
Sinais de estiramento com edema no segmento proximal do ligamento colateral lateral.
Menisco medial com morfologia e intensidade de sinal preservados.
Ligamentos cruzados e colateral medial contínuos e com espessura preservada.
Tendão do quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.
Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
Moderado derrame articular significativo.
Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplíteia.


Dr. Thiago Piraino Martins
CRM / SP 105145