

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

PRC-M0088 ANS - nº 350141

1 - Registro ANS 350141	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 de RN _____
10 - Nome Jussara Vieira da Silva Rêgo		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

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

Ruptura de menisco lateral de Joelho @
+ Subluxação patela

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		Exame físico	1	
02		Exame lateral de joelho	1	
03		Exame de vídeo	1	
04				
05				
06				
07				
08				
09		Lâmina de shaver	1	
10				
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 CRM-PR 30165 / SBO 14548	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---	---	--

NOME: JANAINA VIEIRA DA SILVA

NÚMERO DE ACESSO: 85904731

DATA: 30/06/2022

MÉDICO SOLICITANTE: RAFAEL MAURICIO BELETATO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Indicação: lesão meniscal.

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

Análise:

Rotura radial completa no corpo do menisco lateral, com diástase de 0,6 cm. Associa-se perimeniscite.

Menisco medial com morfologia e sinal normais.

Ligamentos cruzados e colaterais sem alterações.

Tendões quadríceps e patelar preservados.

Patela inclinada e discretamente subluxada lateralmente.

Aspecto alongado do complexo retinacular patelar medial.

Superfícies condrais preservadas.

Acentuado derrame articular.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Impressão:

Rotura radial completa no corpo do menisco lateral, com diástase e perimeniscite.

Patela inclinada e discretamente subluxada lateralmente.

Aspecto alongado do complexo retinacular patelar medial.

Acentuado derrame articular.

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