



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

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

0 8 5 5 0 9 7 0 0 6 1 7 3 9 1 0 4

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Manoel Wotlauf Gante

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 905

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

Dor + instabilidade anterior joelho
SI monolateral do Clivus

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M179

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	30733073	VINGO n1 LCA		
02				
03	30731216	TRANSFUSÃO + 1 transf		
04		TX VINGO		
05				
06		- LARMO STAVOPRIMUS		
07				
08		- LARMO STAVOPRIMUS		
09				
10		- placa endosteica		
11				
12		- porcfixo interferno Biotiss...		

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

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

x [assinatura]

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: MARCOS LETAIF GAETA
Data de nascimento: 20/09/1979

Exame: JOELHO ESQUERDO
Data do exame: 07/10/2022 09h25

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado com sequências FSE e STIR, ponderadas em T1, DP e T2, em aquisições multiplanares.

Relatório:

Edema ósseo medular de aspecto contusional do côndilo femoral e do planalto tibial laterais.
Demais estruturas ósseas com morfologia e características e intensidade de sinal preservados.
Revestimento condral femorotibial e femoropatelar com espessura e contornos preservados.
Retináculos patelares medial e lateral preservados.
Meniscos medial e lateral com morfologia, sinal e inserções capsulares normais.
Ruptura completa do ligamento cruzado anterior.
Ligamentos cruzado posterior e colateral medial e lateral sem alterações.
Tendão do músculo quadríceps, tendão patelar e do músculo poplíteo sem alterações.
Estruturas do canto póstero-lateral preservadas.
Acentuada efusão sinovial intra-articular.
Edema e borramento da gordura de Hoffa.
Fossa poplítea de aspecto normal.

Opinião:

Ruptura do ligamento cruzado anterior.
Acentuado derrame articular.



Dr. Carlos Eduardo A. Shiguihara
CRM / PR 22600
RQE 18552