

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador

| Unimed At DE INTERNAÇÃO | |
|--|---|
| | |
| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | |
| 3,4,3,2,6,9 | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Valid | ade da Senha |
| | |
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 9-Atendiment | 5-1-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-1 |
| 50 - Nome Social | |
| 10-Nome Luiz Homique Batirola | |
| Dados do Contratado Solicitante | |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado | |
| Oliveius Oneito! | [] |
| 14 - Nome do Profissional Solicitage Oliveiro Dr. Alexando Ortopedista CRAIPR 17905 TOTAL PROFISSIONAL SOLICITAGE OLIVEIRO Ortopedista Ortoped | 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 - D | ata 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 - Pr | revisão de uso de quimioterápico |
| Des + Instabilidade Ant 19 | Joens |
| Total Control of the state of t | |
| S) mellino y to cli | me, |
| 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 | te ou doença relacionada) |
| 1/432 | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | de Solic 38 – Qtde Aut |
| 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qto Item Assistencial | e Solic So - Qide Adi |
| 01-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1- | |
| 02-11 30 +3 70 +3 | |
| 03-11 30 33 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 | |
| 04-11 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1 | |
| 05-11/062 | |
| | |
| OS-1 AMA SWA D MOON | <u> </u> |
| 09-1 | |
| 10-1 10-1 DACA GOODOLINO | |
| 11- | |
| 12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | DD[10] |
| Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | |
| | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | 44 - Código CNES |
| | |
| 45 – Observação / Justificativa | |
| | |
| Or. Alexandre de Oliveira Quelro 1 Ort. Alexand | |
| 46-Data da Solicitação Or. Alexandre de Origina de Ori | ura do Responsável pela Autorização |
| 46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profesiónal Solicitante 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura | na do responsavel pela Autorização |



Atendimento: 000003471680

Paciente: LUIZ HENRIQUE BATIROLA

Solicitante: CAIO WINCH JANEIRO

Idade:

26 anos

13:41

Nasc.:

24/03/1997 27/09/2023

Data:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado com sequências multiplanares FSE, ponderadas em T1, DP e T2, sem e com supressão de gordura.

Relatório:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamento cruzado posterior íntegro.

Meniscos medial e lateral com morfologia, topografia, sinal e inserções preservadas.

Ligamento colateral medial preservado.

Estiramento/ruptura parcial do ligamento colateral lateral, com edemas de partes moles adjacentes.

Tendão do quadríceps, tendão patelar e tendão do músculo poplíteo sem anormalidades.

Moderado derrame articular, distendendo a bursa suprapatelar.

Leve edema da gordura de Hoffa.

Edemas ósseos medulares na área de carga de côndilo femoral lateral e nas porções posteriores dos platôs tibiais, sobretudo do lateral, representando contusões ósseas/microfraturas trabeculares.

Edemas ósseos medulares na cabeça da tíbia, representando contusões ósseas/microfraturas trabeculares.

Demais estruturas ósseas com intensidade de sinal habitual.

Cartilagem hialina de revestimento articular dos compartimentos articulares femorotibiais sem anormalidades.

Estiramento do retináculo patelar lateral.

Retináculo patelar medial preservado.

Cartilagem hialina de revestimento articular da patela e da tróclea sem anormalidades.

Ausência de cisto poplíteo medial.

Edema do ventre muscular do poplíteo.

Demais planos musculoadiposos preservados.

Opinião:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Estiramento/ruptura parcial do ligamento colateral lateral, com edemas de partes moles adjacentes.

Moderado derrame articular, distendendo a bursa suprapatelar.

Leve edema da gordura de Hoffa.

Edemas nas medulares na área de carga de côndilo femoral lateral e nas porções posteriores dos platôs tibiais, sobretudo do lateral, representando contusões ósseas/microfraturas trabeculares.

Edemas ósseos medulares na cabeça da tíbia, representando contusões ósseas/microfraturas trabeculares.

Estiramento do retináculo patelar lateral.

Edema do ventre muscular do poplíteo.

Esta empresa respeita o meio ambiente e incentiva o consumo consciente de papel. Caso necessário, acesse e imprima o laudo de seu exame através de nosso site: www.omegadiagnosticos.com.br

Dr. Gustavo Carniato Tápias CRM: 19.321

RQE: 15.042