

99154-2608-(Alm)



# 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

005 00000 623 54801

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Raio Felipe Fioni Batista

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

E

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor + ansiedade + alteração  
de humor  
ESX

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		VINHO p/ LCA		
02	3043.3043	VINHO p/ LCA		
03		VINHO p/ LCA		
04	3043.3065	VINHO p/ LCA		
05		VINHO p/ LCA		
06	3043.3030	VINHO p/ LCA		
07		VINHO p/ LCA		
08	3043.3101G	TRANSFUSÃO + ATENDIMENTO		
09		TX VINHO		
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: KAIO FELIPE FIORI BATISTA  
Data de nascimento: 26/01/2007

Exame: RMN JOELHO ESQUERDO  
Data do exame: 19/02/2024 17h43

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

### Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR. Artefatos de movimentação do paciente durante a aquisição de algumas sequências prejudicam a análise do estudo.

### Análise:

Rotura aguda completa do ligamento cruzado anterior proximal.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.

Estruturas do compartimento posterolateral e demais estruturas ligamentares sem alterações significativas.

Pequena fratura/impactação no terço médio do côndilo femoral e no rebordo posterior do planalto tibial laterais, pelo mecanismo de trauma e com leve edema ósseo, sem desalinhamentos.

Rotura vertical periférica no corno posterior e transição com o corpo do menisco medial, com extensão para ambas as superfícies articulares.

Menisco lateral com morfologia e sinal habituais.

Delaminações condrais profundas nas facetas patelares, sem alterações subcondrais.

Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Pequeno derrame articular.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

Tróclea femoral superior rasa e com hipoplasia medial.

Demais superfícies condrais sem evidências de lesões profundas, salientando-se os artefatos de movimentação do paciente prejudicam a análise

Demais estruturas ósseas e planos miotendíneos sem alterações significativas.

### Conclusão:

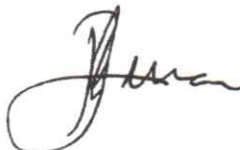
Rotura aguda completa do ligamento cruzado anterior proximal. ✓

Pequena fratura/impactação no terço médio do côndilo femoral e no rebordo posterior do planalto tibial laterais, pelo mecanismo de trauma e com leve edema ósseo.

Rotura do corno posterior e transição com rotura menisco medial. 2

Condropatia patelar.

Pequeno derrame articular.

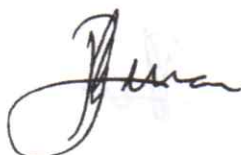


Dr. Rafael Ogasawara Ferreira  
CRM / PR 26959

Nome: KAIO FELIPE FIORI BATISTA  
Data de nascimento: 26/01/2007

Exame: RMN JOELHO ESQUERDO  
Data do exame: 19/02/2024 17h43

Tróclea femoral superior rasa e com hipoplasia medial.



**Dr. Rafael Ogasawara Ferreira**  
CRM / PR 26959