

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

Amorale Caroline Gomes

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

- Ex

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

- Evangelina

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

U

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

paciente com osteomielite crônica em tuba de dente, submetida a tratamento cirúrgico 2 vezes, com recidiva de processo infeccioso -

29 - CID 10 Principal (Opcional)

K56

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- _____	<i>30727157</i>	<i>Osteomielite fere.</i>	<i>01</i>	_____
02- _____	<i>30727162</i>	<i>Osteotomia</i>	<i>01</i>	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	<i>BON ALIVE GRANULOS</i>	<i>03</i>	_____
08- _____	_____	_____	_____	_____
09- _____	_____	<i>KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL</i>	_____	_____
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

*Dr. Rafael Belato
Especialidade: Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28806 / TFO 14425*

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA DIREITA

Técnica:

Foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e em T2 sem e com supressão de gordura, antes e após infusão endovenosa do meio de contraste.

Relatório:

Espessamento cortical e alteração de sinal da medula óssea no terço médio da tíbia, relacionado a sequela de manipulação cirúrgica. Associam-se coleção intramedular de 2,3 x 0,7 cm e reação periosteal sólida.

Alterações fibrociatriciais na tela subcutânea da face anteromedial da perna, secundárias à manipulação cirúrgica.

Os ventres musculares dos diferentes compartimentos têm morfologia e intensidade de sinal preservadas.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados, sem alterações.

Feixes vasculares e neurais com trajetos livres, apresentando aspecto habitual.

Impressão:

Sinais de sequela de manipulação cirúrgica na tíbia, com coleção intramedular que deve corresponder a abscesso, associada à reação periosteal sólida. Os achados são compatíveis com osteomielite crônica.



Felipe Damásio de Castro
Médico Radiologista
CRM: SP 140258 / RQE 45437