

RECEBIMOS



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269
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 002 124 23 00 29 6005
8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN
50 - Nome Social DANIELE MAZAWA PINTO
10 - Nome

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 UNORTE
21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento E
23 - Tipo de Internação C
24 - Regime de Internação U
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
26 - Previsão de uso de OPME S
27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica
EMBOLE SOCRAL/ESQ
LESA LCA e LESÃO OSTEOCCLUSIVA

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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01	30433073	LCA		
02	30431119	EMBOLE FLOANES		
03	30433079	OSTEOCCLUSIVIDADE		
04				
05		1 TAXA VIDEO		
06		1 LITINA SNAVER		
07		1 PULTECO INTERFERONIS		
08		1 PULTECO ENDOTOMON		
09				
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 Dr. João Paulo A. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

INDICAÇÃO CLÍNICA: entorse.

TÉCNICA: exame realizado em aparelho de ressonância magnética de alto campo (1,5 Tesla), com aquisição de imagens multiplanares ponderadas em T1 e T2/DP com e sem FAT SAT.

ACHADOS:

Contusões ósseas no côndilo femoral lateral e nas regiões posteriores dos planaltos tibiais. Cartilagem patelar com espessura preservada, discretamente irregular e heterogênea, notando-se fissura condral profunda na faceta medial. Cartilagem articular sem alterações evidências demais regiões.

Meniscos medial e lateral com forma, dimensões e intensidade de sinal normais, sem evidência de rupturas.

Ligamento cruzado anterior com marcada alteração de sinal e borramento dos contornos, sugerindo lesão parcial de alto grau/completa junto a inserção femoral. Ligamento cruzado posterior íntegro.

Ligamento colateral medial com foco de alteração de sinal e borramento dos contornos junto a inserção femoral, nas fibras posteriores, associado a edema em partes moles adjacentes. Ligamento colateral lateral e demais componentes do complexo do canto posterolateral com intensidade de sinal habitual.

Tendões regionais com espessura e intensidade de sinal normais.

Fossa poplíteia sem alterações.

Sinovite reacional, com derrame articular de pequeno a moderado volume.

IMPRESSÃO:

Lesão parcial de alto grau/completa do ligamento cruzado anterior.

Lesão parcial no terço proximal do ligamento colateral medial.

Contusões ósseas femorotibiais.

Fissura condral profunda na faceta medial da patela.

Sinovite reacional, com derrame articular de pequeno a moderado volume.



DR. MATEUS DE ANDRADE HERNANDES
MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM: 125633 / SP