

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 Marcelo S. Lourenço	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 Unimed	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

Em fase de tratamento de hipertensão. - Insuficiência Renal
Ligamentar torná-lo

29 - CID 10 Principal (Opcional) M24.2	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	30734053	Recurso físico Ligamentar	28	
02				
03				
04				
05				
06				
07		2 exames 3.0. 4.ferm		
08		2 bloqueio		
09		1 Soro 3.5		
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 Paciente: MARIELE DA SILVA RODRIGUES
Data Nasc.: 05/12/1991
Data Exame: 02/06/2023
Médico Solicitante: DR. THIAGO DOS SANTOS MIRANDA

Id: 27768

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

Metodologia: foram adquiridas sequências ponderadas em T1 e T2 em múltiplos planos.

Análise:

Edema da gordura subcutânea junto ao maléolo lateral.
Discreto edema contusional no tálus.
Derrame articular tibiotalar e subtalar.
Rotura completa do ligamento completo talofibular anterior.
Rotura parcial do ligamento calcaneofibular que está irregular e com alteração de sinal.
Demais ligamentos íntegros.
Superfícies condrais de contornos regulares, sem evidências de lesões osteocondrais.
Não se observa alargamento da sindesmose tibiofibular.
Tendões fibulares, tibial posterior, flexores e extensores de continuidade, espessura e sinal conservados.
Tendão calcâneo com espessura e sinal preservados.
Fáscia plantar com espessura e sinal conservados.
Não há sinais de coalizões tarsais.
Seio do tarso livre.
Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.


Impressão diagnóstica:

Edema da gordura subcutânea junto ao maléolo lateral.
Discreta contusão óssea no tálus.
Derrame articular tibiotalar e subtalar.
Rotura completa do ligamento talofibular anterior.
Rotura parcial do ligamento calcaneofibular.



Dr. FÁBIO FERREIRA LEHMANN

CRM PR 15519 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem



Dr. MARCUS VINICIUS GUSMAO CABRAL
CRM PR 16325 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

11.94982.8666

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME MARIELE DA SILVA RODRIGUES		
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 47951317X SSPSP	
	CPF 401.749.098-02	DATA NASCIMENTO 05/12/1991
	FILIAÇÃO LUIS CARLOS RODRIGUES	
	LUCINEIA DA SILVA MACHADO RODRIGUES	
	PERMISSÃO B	ACC B
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 2205797230		
Nº REGISTRO 06723346940	VALIDADE 13/04/2031	1ª HABILITAÇÃO 18/10/2016