

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

0158000000175126

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

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

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

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-	3072805-3	Artroplastia Total Tornozlo		
02-				
03-				
04-				
05-		Cratere de Tornozlo Toric 01		
06-				
07-				
08-				
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

<small>27/09/1955, M. 67Y 25/05/2023 4 MA 4 / 12</small>	<small>27/09/1955, M. 67Y 25/05/2023 4 MA 5 / 12</small>	<small>25/05/2023 4 MA 6 / 12</small>
--	--	---



Nome: WILSON COLLA
Solicitante: Dr(a) FELIPE SODRE SOUZA
Data: 25/05/2023
Rg: 20223615 8 - SSPPR

Nasc: 27/09/1955
Reg.: 11217

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

METODOLOGIA:
O exame foi realizado obtendo-se cortes nos planos axial T1 e T2 FS, sagital T1 e pela técnica STIR, e coronal ponderados em T1 e T2 FS.

ANÁLISE:
Proliferações ósseas marginais na tíbia distal e na região anterior do tálus. Redução do espaço articular tibio-talar, com afilamento condral e alteração de sinal do osso subcondral, caracterizada por cistos e edema ósseo, que medem até 1,6 cm.

Alterações de aspecto semelhante são observadas nas articulações talo-calcânea posterior e medial; entre o cubóide e calcâneo; o cubóide e a base do 4º metatarso; e na articulação cuneo-metatarsal do 2º e 3º raios; além da articulação tibio-fibular distal.

Espessamento e alteração de sinal do terço distal do tendão calcâneo, associado a tênues focos de hipersinal em T1 justa-insercionais.

Moderada distensão líquida da porção infra-maleolar dos tendões flexor longo do hálux e dos dedos.

Complexo ligamentar lateral íntegro.

Ligamento deltoíde de aspecto anatômico.


Estruturas musculares e planos gordurosos sem alteração.


Líquido intra-articular aumentado, coletado no recesso subtalar posterior.


Seio do tarso preservado.


Continua...


Resultado On-line



 **77 3613-9200**

 **77 99976-3843**

 **Rua 19 de maio, Centro, Barreiras - Bahia**

 **Reclamações, elogios e sugestões: qualidade@ortocdi.com**

ESQUERDO

Este impresso contém imagens de referência ao exame realizado onde a análise diagnóstica ocorreu em equipamento médico adequado

Rua 19 de Maio, 169 - Centro - Barreiras/BA Tel.: (77)3613-9200 Marcação de Exames: (77