

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 Jera h. Platen		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 Desaõ ligamentar crônico tornozelo (uniparto Anterior) e desaõ tendão.
--

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-	30734053	Reconstrução ligamentar	20		
02-	30731127	Tenodesmose	18		
03-	30731083	Tenodesmose	18		
04-					
05-					
06-					
07-		4 Fisioterapia			
08-		1 Anestesia			
09-		2 exames HTA			
10-		2 fastlock			
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 

**Paciente: VERA LUCIA PLATH**

**ID: 127431**

**Idade: 55 anos**

**Sexo: Feminino**

**Data/Hora Exame: 09/01/2024 11h50**

**Data Nasc.: 15/02/1968**

**Dr.(a): Rafael Beletato - CRM/PR 28805**

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO DIREITO

**Indicação:** lesão ligamentar e tendinite fibular.

**Técnica:** Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequências FSE e cortes multiplanares.

### Análise:

Pé cavo, retropé varo.

Afilamento e irregularidade fibrocicatricial dos ligamentos talofibular anterior e calcaneofibular, denotando rotura parcial crônica.

Acentuada tendinopatia e tenossinovite dos fibulares, com rotura longitudinal (Split) do fibular curto.

Estruturas ósseas de morfologia e sinal habituais.

Demais estruturas tendíneas preservadas.

Aponeurose plantar com espessura preservada.

Não há derrame articular significativo no tornozelo.

Não há lesões osteocondrais.

Túnel e seio do tarso livres.

Feixes neurovasculares sem alterações ao método.

### Impressão:

Pé cavo, retropé varo.

Afilamento e irregularidade fibrocicatricial dos ligamentos talofibular anterior e calcaneofibular, denotando rotura parcial crônica.

Acentuada tendinopatia e tenossinovite dos fibulares, com rotura longitudinal (Split) do fibular curto.

*Caio Barros Figueiredo*  
**Dr. Caio Barros Figueiredo**  
**CRM / PR 42256**