



HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome completo <i>Robinson R. Magalhães</i>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES		
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
--	--------------------------------

26 - Indicação Clínica <i>unilateral escopio joelho (E29)</i>
--

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <i>30733065</i>	<i>30733065</i>	<i>unilateral escopio</i>	<i>01</i>	
2- <i>30733057</i>	<i>30733057</i>	<i>meniscectomia parcial</i>	<i>01</i>	
3- <i>30733049</i>	<i>30733049</i>	<i>osteotomia</i>	<i>01</i>	
4- <i>30733049</i>	<i>30733049</i>	<i>osteotomia</i>		
5- <i>30733049</i>	<i>30733049</i>	<i>osteotomia</i>		

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- <i>30733065</i>	<i>30733065</i>	<i>bandeira shauer</i>		<i>01</i>	
2- <i>30733065</i>	<i>30733065</i>				
3- <i>30733065</i>	<i>30733065</i>				
4- <i>30733065</i>	<i>30733065</i>				
5- <i>30733065</i>	<i>30733065</i>				

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

51 - Observações <i>Dr. Roberto G. Gasparelli</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>
--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <i>CRM-PR 32.428</i>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1 e T2, em aquisições multiplanares, sem uso do meio de contraste endovenoso. Artefatos de movimentação degradando formação de algumas imagens.

Análise:

Degeneração mucinosa do ligamento cruzado anterior caracterizada por espessamento e alteração do sinal intrassubstancial, sem transfixações.

Rotura horizontal completa do corno anterior e corpo do menisco lateral, estendendo-se para a face articular inferior por 3,5 cm.

Degeneração intrassubstancial do menisco medial caracterizada por alteração do sinal que não se estende para as superfícies articulares, sem sinais de lesões instáveis.

Fissuras profundas do revestimento condral do aspecto posterossuperior do côndilo femoral medial com edema e alterações fibrocísticas subcondrais.

Fissuras profundas do revestimento condral do aspecto posterossuperior do côndilo femoral e nos terços médio e posterior da área de carga do platô tibial laterais com edema subcondral.

Tendinopatia com pequenas roturas parciais intrassubstanciais na origem do gastrocnêmio medial, medindo até 0,5 cm, sem transfixações.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Demais superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões quadricipital, patelar, bíceps femoral distal, trato ílio-tibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Moderado derrame articular.

Fossa poplíteia sem formações císticas.

Edema subcutâneo na face anterior do joelho.

Impressão:

Degeneração mucinosa do ligamento cruzado anterior, sem transfixações.

Rotura horizontal completa do menisco lateral.

Degeneração intrassubstancial do menisco medial, sem sinais de lesões instáveis.

Condropatia femorotibial lateral profunda com edema subcondral.

Condropatia femoral medial profunda com edema e alterações fibrocísticas subcondrais.

Tendinopatia com pequenas roturas parciais intrassubstanciais do gastrocnêmio medial, sem transfixações.

Moderado derrame articular.

Edema subcutâneo na face anterior do joelho.



Paciente: Rozimara Rodrigues Magalhaes
Data: 04/02/2023 Hora: 23:02
Antonio Carlos Petrus

57anos 3meses
385650
NOTA DEBITO EVAN

A handwritten signature in dark ink, appearing to be "Dr. Jose Augusto Berg", written over a light blue circular stamp.

Dr. JOSE AUGUSTO BERG
CRM 36823