

Plano de Saúde

**CASSI**  
associados



001 000010557 00 08

ABEL OLIVEIRA DE SOUZA JUNIOR

Nome

14/07/1980

Data de Nascimento

31/01/2020

Vencimento

Admissão

24/01/2011 DV9



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2.10

123456789012

1 - Registro AAS	2 - Data de Autorização	3 - Sexo	4 - Data Vencimento da Guia	5 - Data de Emissão da Guia
------------------	-------------------------	----------	-----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
------------------------	-----------	--------------------------

10 - Nome	11 - Número da Carteira Nacional de Saúde
-----------	---

Dados do Contratado Beneficiário

12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CIES
---------------------------------------	-------------------------	------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CIES
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	------------------

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação

20 - Código da Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
---------------------------------	------------------------

22 - Caracter da Internação	23 - Tipo da Internação
-----------------------------	-------------------------

24 - Registro da Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas
-----------------------------	-------------------------------

26 - Indicação Clínica
------------------------

Histórico Diagnóstico

27 - Tipo Doença	28 - Tempo da Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
------------------	---	----------------------------

30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solicitada	38 - Qtd. Autorizada
-------------	-----------------------------	----------------	----------------------	----------------------

39 - Descrição	40 - Qtd. Solicitada	41 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

42 - Descrição	43 - Qtd. Solicitada	44 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

OPM Solicitadas

45 - Tabela	46 - Código da OPM	47 - Descrição OPM	48 - Qtd. Solicitada	49 - Qtd. Autorizada	50 - Valor Unitário R\$
-------------	--------------------	--------------------	----------------------	----------------------	-------------------------

51 - Descrição	52 - Qtd. Solicitada	53 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

54 - Descrição	55 - Qtd. Solicitada	56 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

57 - Descrição	58 - Qtd. Solicitada	59 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

60 - Descrição	61 - Qtd. Solicitada	62 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

63 - Descrição	64 - Qtd. Solicitada	65 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

66 - Descrição	67 - Qtd. Solicitada	68 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

69 - Descrição	70 - Qtd. Solicitada	71 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

72 - Descrição	73 - Qtd. Solicitada	74 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

75 - Descrição	76 - Qtd. Solicitada	77 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

78 - Descrição	79 - Qtd. Solicitada	80 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

81 - Descrição	82 - Qtd. Solicitada	83 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------

84 - Descrição	85 - Qtd. Solicitada	86 - Qtd. Autorizada
----------------	----------------------	----------------------





### DADOS DO PACIENTE

NOME:	ABEL OLIVEIRA DE SOUZA JUNIOR		
CPF: 917.331.545-15			RG: 681140011
ENDEREÇO:	AVENIDA JOSE MOREIRA SOBRINHO, 27 JEQUIEZINHO JEQUIÉ-BAHIA		
	CEP: 45208.091		
TELEFONES:	(73) 99147-9147		
EMAIL:	ABELSOUZAJR@YAHOO.COM.BR		
CONVÊNIO: CASSI			MATRÍCULA: 0010000105570009
HOSPITAL PARA INTERNAÇÃO:	SANTA HELENA		

### RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE VITÍMA DE ENTORSE EM JOELHO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR E INSTABILIDADE. RNM: ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, LESÃO DE MENISCO E DERRAME ARTICULAR. SALIENTO A NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM BREVIDADE, SOB RISCO DE PIORA DA LESÃO COM PREJUÍZO FUNCIONAL.

Dr. Felipe Miranda  
CRM 27465  
Ortopedia

CIRURGIÃO: FELIPE MEIRELES MIRANDA

CID: M23

OPME: SIM ( X ) NÃO ( )

CÓDIGOS (TUSS): 30733073

PORTE DA CIRURGIA: 1 ( ) 2 ( X ) 3 ( ) 4 ( )



**MD COMÉRCIO DE MATERIAIS IMPLANTÁVEIS EIRELI - EPP**

Rua Barão do Triunfo, 207 - Rio Vermelho  
Edif. Profissional AM - Sala 13  
Salvador/BA - CEP: 41950-880  
CNPJ: 08.379.534/0001-82  
IE: 072.366.839

**Orçamento Nº: 1.255 de 11/05/18- 13:44**

(VIMAN Sistemas)

Cliente.....: ETERNA SOCIEDADE ANONIMA

(P/CONSUMO)

E-mail.....: leilaraica@hotmail.com

Telefone.....: (73) 3926-8302

Hospital.....: ETERNA SOCIEDADE ANONIMA

Paciente.....: ABEL OLIVEIRA DE SOUZA

Médico.....: DR. FELIPE MEIRELES

Plano saúde...: CASSI

Tipo cirurgia: ARTROSCOPIA  
ARTROSCOPIA DE LCA

Código Produto	Descrição	REG. ANVISA	Marca	Qtd	Vr. Unit.	Vr. Total
1 010060602	FONTEIRA DE ABLACAO T/C 90°	80777280027	SETORMED	1	1.390,00	1.390,00
2 048010000	EQUIPO PARA ARTROSCOPIA - RZ	80777280022	SETORMED	1	500,00	500,00
3 103080705	LAMINA DE DEBRIDACAO 24.5MM	80777280047	SETORMED	2	500,00	1.000,00
4 163117065	CANULA COM OBTURADOR 8,5X70MM	80777280003	SETORMED	2	500,00	1.000,00
5 1834	FIO GUIA LISO 2,0X380MM	10223710080	ORTOSINTESE	1	310,00	310,00
6 40025008200	GRAMPO BLOUNT DE LIGAMENTO	10223660074	IOL	1	1.000,00	1.000,00
7 60200	LUVA LTA DE ARTROSCOPIA	10395270038	INCOMET	1	150,00	150,00
8 80140244700	FIO POLIESTEREPONT 05X75CM	10155530009	POINT SUTURE	2	210,00	420,00
9 094000001	FF. INTERFERENCIA PEEK 07X24MM	80371250004	BIOTEC	2	2.600,00	5.200,00
10 125 0 248	FIO GUIA PONTA 04 FUR0S	80083650059	SARTORI	1	310,00	310,00
11 1530460	FIO GUIA PONTA BROCA 2,0X300MM	80083650059	SARTORI	1	310,00	310,00
<b>Subtotal .....</b>					<b>12.190,00</b>	

Itens orçados.....: 11      Vr.ICMS substituto:      0,00      Tot.Prod.:      12.190,00  
Total de unidades: 15      Tot.Geral:      12.190,00

Condição de Pagamento...: 002 - 30 DIAS

Prazo de Entrega.....: Após confirmação do agendamento

Validade da Proposta....: 10/06/2018

VIMAN SANTOS

Atenção de:  
Leila

Dr. Felipe Miranda

CARTÃO  
GRATUITO





**CENTRO MÉDICO DE IMAGEM**

RADIOLOGIA GERAL DIGITALIZADA  
ULTRASSONOGRAFIA / DOPPLER VASCULAR  
MAMOGRAFIA DIGITALIZADA / TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO

NOME: Abel Oliveira de Souza Junior  
IDADE: 36 anos  
REG: 10083-RM  
DATA DO EXAME: 06.12.2016

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO**

### **TECNICA:**

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 1,5 Tesla, com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1, T2 e Densidade de Prótons com FAT SAT.

### **ACHADOS:**

Alteração de sinal com padrão de edema envolvendo o platô tibial lateral, associado a traços de hipossinal em T1 sugerindo fratura, contudo sem evidência de diástase apreciável ou delimitação de fragmento ósseo propriamente dito.

Também se observa discreto edema adjacente as espinhas intercondilíneas e no côndilo femoral medial.

Cartilagens femoro-tibiais e patelo-trocleares preservadas.

Marcado espessamento e alteração de sinal do ligamento cruzado anterior com descontinuidade de suas fibras na porção proximal.

Ligamento cruzado posterior sem alterações.

Ligamentos colateral medial e lateral de aspecto habitual.

Alteração de sinal do corno posterior do menisco medial, associado a diminuto foco de rotura que se estende a superfície articular inferior.

Menisco lateral com forma, contorno e intensidade de sinal normal.

Edema dos planos musculares e adiposos profundos da fossa poplíteia.

Edema do subcutâneo ao redor do joelho, notadamente na face lateral, associado lâminas líquidas profundas.

Moderado derrame articular.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Fratura impactada do platô-tibial lateral com edema ósseo associado.
- Discreto edema adjacente as espinhas intercondilíneas e no côndilo femoral medial.
- Estiramento e rotura do ligamento cruzado anterior.
- Rotura focal do corno posterior do menisco medial.
- Edema dos planos musculares e adiposos profundos da fossa poplíteia.
- Edema do subcutâneo ao redor do joelho, notadamente na face lateral, associado lâminas líquidas profundas.
- Moderado derrame articular.

Dra. Vanessa Tolomei  
CRM-Ba - 18952



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



BA

NOME  
**ABEL OLIVEIRA DE SOUZA JUNIOR**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**681140011 SSP BA**

CPF DATA NASCIMENTO  
**917.331.545-15 14/07/1980**

FILIAÇÃO  
**ABEL OLIVEIRA DE SOUZA**  
  
**ADIMEA DAMACENA**  
**OLIVEIRA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**00826873037**

VALIDADE  
**13/06/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**20/08/1998**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1493211271**