

Restrição

| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 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 Mayara Katherine D. Gluck | | 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 Unioeste | |
| 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 hered lig ligado e heren feito <u>direto</u> | | | |
| 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 |
| 01 | 3073.397.3 | Exat wido | Pl |
| 02 | 3073.397.3 | Reconstru lig ligado e heren | Pl |
| 03 | 3073.42.16 | Transposc@O + yendo | Pl |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |
| 07 | | endoperth | Pl |
| 08 | | perfuro anal. Biopsias | Pl |
| 09 | | L. Shauer | Pl |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 38 - Qtde Aut | | | |
| 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 Dr. Roberto G. Gasparelli Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 32.428 TECT 15.389 | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |

Nome Paciente: NAYARA KATHEEN DONATO GLUCK
Data Nasc.: 07/09/1990 **Id:** 21388
Data Exame: 16/05/2023
Médico Solicitante: Da. VALERIA CRISTINA ALMEIDA DE AZEVEDO BARBOSA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

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

Análise:

Moderado derrame articular.

Contusão óssea / microfratura trabecular no aspecto posteromedial do platô tibial.

Lesão óssea, compatível com osteocondroma, medindo 8 mm, no aspecto posterior da porção metafisária proximal e medial da tíbia.

Patela tópica e com morfologia do tipo II de Wiberg.

Gordura de Hoffa preservada.

Meniscos com morfologia, dimensões e sinal conservados.

Sinais de rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com sinal e continuidade preservados.

Superfícies condrais com espessura normal e de contornos regulares.

Tendões quadríceps, patelar, poplíteo e bicipital íntegros.

Tendões da "pata de ganso" e trato iliotibial com sinal preservado.

Fossa poplíteia de aspecto habitual.


Impressão diagnóstica:

Derrame articular.

Rotura do ligamento cruzado anterior.

Contusão óssea / microfratura trabecular no aspecto posteromedial do platô tibial.

Osteocondroma no aspecto posterior e proximal da tíbia.



Dr. FABIO FERREIRA LEHMANN

CRM PR 15519 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem



Dr. MARCUS VINICIUS GUSMAO CABRAL

CRM PR 16325 RQE - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem