

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

0 865 000 199 127 100 3

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Ksmpo Nunes de Castro

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

lesão meniscal e condral
falta de

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-	30133057	Indomato menisco	0	
02-	30133030	condroplastia	0	
03-		tr de vido		
04-				
05-				
06-				
07-				
08-		proct showse		
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

Dr. Marcus V. Danielli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

NOME: LEANDRO NUNES DE CASTRO

REGISTRO: 81081

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 10/07/1989 34A

DATA: 12/09/2023

CONVÊNIO: Unimed

SEXO: Masculino

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) MOYSES CIZOTTO KELLER JUNIOR CRM: 30252

Protocolo ClickVita: 1026395878 Senha: 181081

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

R E L A T Ó R I O

INDICAÇÃO CLÍNICA/QUEIXA PRINCIPAL: Investigação de dor e lesão após trauma.

MÉTODO: Exame realizado com a sequência FSE com cortes multiplanares de 3,0 e 4,0 mm de espessura.

ANÁLISE:

Irregularidade da cartilagem patelotrocLEAR, sem fissuras ou erosões condrais profundas.

Leve artropatia degenerativa femorotibial medial.

Edema da gordura infrapatelar lateral, relacionado a hipersolicitação do mecanismo extensor.

Rotura longitudinal oblíqua do corno posterior do menisco medial, com extensão para a superfície articular inferior, e com leve perimeniscite.

Menisco lateral sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Tendão quadríceps e ligamento patelar íntegros.

Planos musculares preservados.

Moderado derrame articular, com sinovite.

Cisto poplíteo roto.

Feixe neurovascular com trajeto anatômico.

continua . . .

NOME: LEANDRO NUNES DE CASTRO

REGISTRO: 81081

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 10/07/1989 34A

DATA: 12/09/2023

CONVÊNIO: Unimed

SEXO: Masculino

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) MOYSES CIZOTTO KELLER JUNIOR CRM: 30252


Protocolo ClickVita: 1026395878 Senha: 181081


RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

RELATÓRIO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Condromatose patelotrocLEAR.
- Rotura longitudinal oblíqua do corno posterior do menisco medial, com extensão para a superfície articular inferior, e com leve perimeniscite.
- Derrame articular com sinovite.
- Cisto poplíteo roto.


Dr. Higor Grando
CRM-SP 122522
RQE 54863



Dr. Joao Roberto de Matos
RADIOLOGISTA
CRM 24152
RQE 21.320

Inscrição de Pessoa Jurídica sob CRM nº 2119

Responsável Técnico: Dra. Paula Nicolli Soares CRM-PR 12751

RUA: 13 DE MAIO, 234 - FONE / FAX: (43) 3534-4146 CEP 86430-000 - SANTO ANTÔNIO DA PLATINA - PR