

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 de RN
------------------------	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Maria Rose de Oliveira Carmo.

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado		
--------------------------	-------------------------	--	--

14 - Nome do Profissional Solicitante DR. Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional 26921	16 - Número do Conselho CRM	17 - UF PR	18 - Código CBO
--	--	---------------------------------------	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Bondinho	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caracter do Atendimento clínico	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
--	-------------------------	--	---	------------------------------	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica
patrono complexo e fragmentação difusa de ambos os hemisférios. Patrono complexo e cronico do comprometimento cerebral bilateral com Atrofia degenerativa do lobo anterior.

29 - CID 10 Principal (opcional) M.17.0	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

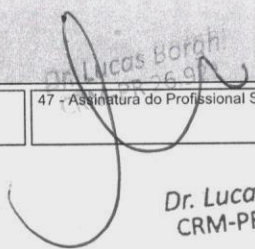
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artroscopia total joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artroscopia total joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artroscopia total joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artroscopia total joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artroscopia total joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 24/08/23	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
--	-------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
--	--	------------------

45 - Observação / Justificativa
misterial Artrite

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante 	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	--	---

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921

Paciente: MARIA JOSE DE OLIVEIRA CARVALHO
Idade: 70 anos **Sexo:** Feminino
Data Nasc.: 17/07/1952
Dr.(a): LUCAS BORGHI - CRM/SP 26921

ID: 174638

Data/Hora Exame: 17/04/2023 14h06

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Indicação: dor.

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

Análise:

Rotura complexa e fragmentação difusa de ambos os meniscos.
Rotura completa e crônica do ligamento cruzado anterior.
Espessamento fibrocicatricial do ligamento colateral medial.
Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral sem alterações.
Tendões quadríceps e patelar preservados.
Osteófitos marginais tricompartimentais.
Acentuada artropatia degenerativa femorotibiais, caracterizada por afilamento condral irregular difuso, com exposição óssea, cistos, esclerose e edema subcondral em ambos os componentes.
Artropatia degenerativa moderada femoropatelar, caracterizada por afilamento e fissuras condrais até a camada profunda, sem exposições ósseas ou alteração subcondral.
Acentuado derrame articular, com sinais de sinovite.
Cisto poplíteo septado medindo 7,0 cm.
Tendinopatia na origem do poplíteo, associado a distensão líquida no seu recesso tendíneo.
Feixes neurovasculares sem alterações significativas ao método.

Impressão:

Rotura complexa e fragmentação difusa de ambos os meniscos.
Rotura completa e crônica do ligamento cruzado anterior.
Espessamento fibrocicatricial do ligamento colateral medial.
Acentuada artropatia degenerativa femorotibiais e moderada femoropatelar.
Acentuado derrame articular, com sinais de sinovite.
Cisto poplíteo.

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