

Nome: MARIA NEUZA BONORA  
Data de nascimento: 28/09/1951

Exame: UNIMED - JOELHO + PT D  
Data do exame: 02/02/2023 15h22

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Sinais de tunelização no terço distal do fêmur e terço proximal da tíbia, para reconstrução de ligamento cruzado.

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial lateral, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Osteófitos marginais retropatelar.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

pág. 1/2

Nome: MARIA NEUZA BONORA  
Data de nascimento: 28/09/1951

Exame: UNIMED - JOELHO + PT D  
Data do exame: 02/02/2023 15h22

Eixo axial da patela preservado.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara  
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná  
[www.uniorte.com.br](http://www.uniorte.com.br)

Atendimento 5430

Data: 04/01/2022

Idade: 70

Paciente MARIA NEUZA BONORA

Solicitante CARLOS EDUARDO S. VAZ

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO**

**TÉCNICA DO EXAME:** Exame de ressonância magnética do joelho direito, sendo obtidas imagens nas seguintes sequências: SAG SE T1 e T2 OBLI, SAG STIR, COR STIR, COR SE T2 OBLIQUO, AXIAL STIR, AXIAL SE T2.

**RESULTADO:** As sequências realizadas evidenciaram:

Artropatia degenerativa no compartimento femoro-tibial medial e patelo-femoral caracterizada por afilamento condral difuso, redução do espaço articular e osteófitos marginais.

Rotura degenerativa em corpo e corno posterior do menisco medial e sinais de peri meniscite;

Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal normais.

Sinais de manipulação cirúrgica para reconstrução ligamentar, apresentando rotura do neoligamento cruzado anterior. Ligamento cruzado posterior espessado e com importante alteração de sinal, inferindo injúria crônica.

Rotura completa do ligamento colateral medial;

Estruturas do canto póstero-lateral íntegros, sem anormalidades de sinal.

Fossa poplíteia com lesão cística de paredes lisas e regulares, medindo 1,6 x 6,7 cm de diâmetro (Cisto Poplíteo).

Patela normoposicionada, sem sinais de inclinação lateral. Fissuras condrais profundas na faceta medial e no vértice (Condropatia grau 3).

Retináculo medial com alteração de sinal, aspecto de injúria crônica.

Moderado derrame articular,

Tendão quadricipital e patelar de aspecto normal. Gordura de Hoffa sem alterações.

Terça-Feira, 04 de Janeiro de 2022



Marília Regina Specian Azevedo



1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____			
Dados do Beneficiário		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9 - Atendimento a RN ____	
7 - Número da Carteira <b>0060000003845926</b>					
10 - Nome <b>Mama Nerya Bonilha</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde _____			
Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado _____			
12 - Código na Operadora _____		14 - Nome do Profissional Solicitante _____		15 - Conselho Profissional ____	
		16 - Número no Conselho <b>17.905</b>		17 - UF ____	
				18 - Código CBO _____	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIBETE</b>		21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		22 - Caráter do Atendimento <b>E</b>		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 <b>Paciente com autose por epilepsia leita muito ligamente João Dir RM + Rx: Vulpo + Ruvikstus</b>					
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M17.9</b>		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				37 - Qtde Solic _____	
34 - Tabela 01- _____ 02- _____ 03- _____ 04- _____ 05- _____ 06- _____ 07- _____ 08- _____ 09- _____ 10- _____ 11- _____ 12- _____				38 - Qtde Aut _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>30726034</b>				36 - Descrição <b>Autose letal João Dir</b>	
				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 <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM-PR 17.905</b>					
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	