

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

005 00000000 461 9.30

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

EDENE G. ANJOS

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

G

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DOR NO JOELHO ESQUERDO LÉ
6 MESES, JÁ FEZ FISIOTERAPIA
SEM MELHORA, LESÃO CARTILAGEM PATELA
E MENISCO MEDIAL

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- <input type="checkbox"/>	3073 3065	REFARMO MENISCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	3073 3049	OSTEOTOMIA PUSTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	3073 3103	RESECTOMIA PATELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>		1 TAXA VIDEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>		1 LAMINA SHAVEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>		1 RADIOFREQUENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: EDEME GUSMAO DOS ANJOS

ID: 65635

Idade: 74 anos

Sexo: Feminino

Data/Hora Exame: 13/03/2023 19h18

Data Nasc.: 30/01/1949

**Dr.(a): VICTOR HUGO FERREIRA (LONDRINA) - CRM/PR
19875**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado nos planos sagital, coronal e axial usando-se técnicas T2, T2 FS e PD.

Laudos:

- Menisco lateral íntegro.

→ - Rotura do corpo e corno posterior do menisco medial com extrusão parcial.

- Ligamento cruzado anterior íntegro, visualizadas suas duas bandas.

- Ligamento cruzado posterior íntegro.

- Ligamentos colaterais medial e lateral íntegros.

→ - Leve irregularidade dos revestimentos condrais dos compartimentos femorotibial medial e lateral com afilamento compatíveis com condromalácia grau III.

- Hipertrofia das eminências intercondilanas da tibia.

- Discretos osteófitos femorotibiais mediais e laterais.

→ - Afilamento e irregularidade do revestimento condral da patela e da tróclea compatível com condromalácia grau II.

- Retináculos patelares preservados.

- Tendão patelar e quadríceps preservados.

- Leve edema da gordura de Hoffa.

- Ausência de derrames articulares.

- Discreto cisto poplíteo medial.

- Demais grupos musculares e tendões sem alterações.

Conclusão:

- Rotura do corpo e corno posterior do menisco medial com extrusão parcial.

- Leve irregularidade dos revestimentos condrais dos compartimentos femorotibial medial e lateral com afilamento compatíveis com condromalácia grau III.

- Hipertrofia das eminências intercondilanas da tibia.

- Discretos osteófitos femorotibiais mediais e laterais.

- Afilamento e irregularidade do revestimento condral da patela e da tróclea compatível com condromalácia grau II.

- Leve edema da gordura de Hoffa.

- Discreto cisto poplíteo medial.

Dr. Jefferson Luiz Padilha
CRM / PR 13482
RQE 9972

Responsável Técnico: Dr. Jefferson Luiz Padilha - CRM-PR 13482/RQE 9972- Serviços de Radiodiagnóstico: CRM-PR 2064