

*Conferência*

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

0865 000 35 07 42 600 3

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

10 - Nome

*Elvis de Altos Almeida da Silva*

**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

*Unimed*

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

*E*

23 - Tipo de Internação

*C*

24 - Regime de Internação

*H*

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

*01*

26 - Previsão de uso de OPME

*S*

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*Pos-operatório pto. final (direto). Apresentação de material de síntese proeminente; Indicação retroscopia (snovite/candupati.) + Retirada de material de síntese.*

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          | 3073 30 30                                       | <i>Canduphastin</i>                    | <i>1</i>        |               |
| 02          | 3073 30 34                                       | <i>Sinovectomia parcial</i>            | <i>1</i>        |               |
| 03          | 3071 00 22                                       | <i>Retirada de material de síntese</i> | <i>1</i>        |               |
| 04          |  | <i>Taxa de vídeo</i>                   | <i>1</i>        |               |
| 05          |  |  |                 |               |
| 06          |  |  |                 |               |
| 07          |  |  |                 |               |
| 08          |  |  |                 |               |
| 09          |  | <i>Lamina de shaver</i>                |                 |               |
| 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

*Guilherme J. M. Provesana*

*Ortopedia e Traumatologia*

*CRM-PR 30165 / SBOT 14548*

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

*ELVIS DE MATOS A. DA SILVA*

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

\_\_\_\_\_

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome

Elis de matr. Miranda do

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_\_\_

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

\_\_\_\_\_

13 - Nome do Contratado

Selma

14 - Nome do Profissional Solicitante

John Motoks

15 - Conselho Profissional

\_\_\_

16 - Número no Conselho

21619

17 - UF

M

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

pseudo tumor de ulcra

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M84.1

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-___      | 3072 0133  | pseudo tumor antebra         | 01              | ___           |
| 02-___      | 3071 3048  | exerção em pseudo tumor      | 01              | ___           |
| 03-___      | 3071 0035  | recluso placo                | 01              | ___           |
| 04-___      | 3071 0022  | recluso pseudo tumor         | 05              | ___           |
| 05-___      | ___  | placo bloqueado reto titano  | 01              | ___           |
| 06-___      | ___  | versalock                    | ___             | ___           |
| 07-___      | ___  | pseudo tumor costal titano   | 04              | ___           |
| 08-___      | ___  | pseudo tumor bloqueio titano | 08              | ___           |
| 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

\_\_\_\_\_

46 - Data da Solicitação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

\_\_\_\_\_

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ELVIS

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_\_



NOME: ELVIS DE MATOS MIRANDA DA SILVA

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 12/03/2003 20A

CONVÊNIO: Unimed

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) GUILHERME J. M. PIOVESAM

Protocolo ClickVita: 1026392727 Senha: 1175414

REGISTRO: 175414

DATA: 26/07/2023

SEXO: Masculino

CRM: 30165

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO**

### **RELATÓRIO**

**INDICAÇÃO CLÍNICA/QUEIXA PRINCIPAL:** Controle pós-cirúrgico.

**MÉTODO:** Exame realizado com a sequência FSE com cortes multiplanares de 3,0 e 4,0 mm de espessura. Administrado meio de contraste paramagnético por via intravenosa.

#### **ANÁLISE:**

Material metálico de fixação nos platôs tibiais determinando intensos artefatos de susceptibilidade magnética locorregionais, com prejuízo da avaliação das superfícies articulares desta região.

Pequeno derrame articular, com leve sinovite.

Superfícies condrais femoropatelares preservadas.

Tendão quadríceps e ligamento patelar íntegros.

Ligamentos cruzados e colaterais com orientações e continuidades mantidas.

Meniscos de avaliação prejudicada devido aos artefatos referidos, porém nos segmentos acessíveis apresentam morfologia e sinal preservados.

Tênues focos de edema ósseo nos côndilos femorais, de natureza mecânica.

Mínimo derrame articular, com leve sinovite.

Demais estruturas ósseas e superfícies condrais passíveis de análise preservada.

Fossa poplítea livre.

Demais planos miotendíneos preservados.

continua . . .

NOME: ELVIS DE MATOS MIRANDA DA SILVA

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 12/03/2003 20A

CONVÊNIO: Unimed

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) GUILHERME J. M. PIOVESAM

Protocolo ClickVita: 1026392727 Senha: 1175414

REGISTRO: 175414

DATA: 26/07/2023

SEXO: Masculino

CRM: 30165

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

### RELATÓRIO

Feixes neurovasculares com trajetos livres.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:** Os principais achados são:

- Material metálico de osteossíntese nos platôs tibiais determinando intensos artefatos de susceptibilidade magnética com prejuízo na avaliação das estruturas locorregionais.
- Tênuos focos de edema ósseo nos côndilos femorais, de natureza mecânica.
- Demais achados pormenorizados no corpo do laudo.



Dr. Eder Prado Gomes  
CRM-SP 132132



Dra. Paula Nicolli Soares  
RADIOLOGISTA  
CRM 12751  
RQE 5.864

Inscrição de Pessoa Jurídica sob CRM nº 2119

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