

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

000 5 000 000 325 4502

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Jose Roberto Pinto de Souza

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17905

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

03

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

por + reformulação para ar
se melhor o seu clima

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M179

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	30726039	Astrophtia total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit (protocolo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prótese total joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impf. mda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: JOSE ROBERTO PINTO DE SOUZA
Idade: 61 anos Sexo: Masculino
Data Nasc.: 23/10/1960
Dr.(a): CARLOS SCORTEGAGNA - CRM/PR 44124

ID: 50432

Data/Hora Exame: 26/07/2022 10h17

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

Técnica:

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

Laudos:

- Rotura complexa do corpo e corno posterior do menisco medial com extrusão.
- Menisco lateral íntegro.
- Ligamento cruzado anterior íntegro, visualizadas suas duas bandas.
- Alteração textural na porção inferior do ligamento cruzado posterior, sugerindo rotura intrassubstancial parcial, correlacionar com manobras clínicas para avaliar grau de suficiência do mesmo.
- Ligamentos colaterais medial e lateral íntegros.
- Focos de erosão no revestimento condral do compartimento femorotibial medial compatíveis com condromalacia grau III difusa e com pequenos focos de condromalacia grau IV na porção infero posterior do côndilo femoral.
- Revestimento condral do compartimento femorotibial lateral íntegro.
- Hipertrofia das eminências intercondilanas da tibia.
- Osteófitos femorotibiais mediais e laterais.
- Mínimos focos de condromalacia grau II na patela.
- Foco de condromalacia grau III junto ao vértice com aproximadamente 3 mm de diâmetro e edema ósseo medular subcondral junto ao polo superior da patela.
- Retináculos patelares preservados.
- Tendão patelar e quadríceps preservados.
- Edema da gordura de Hoffa.
- Discreta efusão líquida sinovial distendendo a bursa supra patelar.
- Cisto poplíteo medial filiforme e medindo 6,4 cm de extensão.
- Demais grupos musculares e tendões sem alterações.

Conclusão:

- Rotura do menisco medial.
- Condromalacia femorotibial medial.
- Derrame articular discreto.
- Alteração de sinal do ligamento cruzado posterior, correlacionar com manobras clínicas.
- Demais achados supracitados.


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

Nome: JOSE ROBERTO PINTO DE SOUZA
Paciente: 7554943 Data Exame: 11/01/2023

RADIOGRAFIA DE PATELA DIREITA

Análise:

Patela levemente inclinada lateralmente.


Pequenos osteófitos marginais no compartimento patelofemoral.

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.


Gustavo Andrade De Margalho
21467-PR

Apucarana | 4000-1457 | 4000-1457
Arapongas | 43 3011-0003 | 43 99629-4569

Cambe | 4000-1457 | 4000-1457
Curitiba | 41 3312-1300 | 41 99970-2424
Foz de Iguaçu | 43 3525-4661 | 43 3525-4661

Nome: JOSE ROBERTO PINTO DE SOUZA

Paciente: 7554943 Data Exame: 11/01/2023

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Pequenos osteófitos marginais no compartimento patelofemoral.

Leve redução do espaço articular femorotibial medial.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



Gustavo Andrade De Margalho
21467-PR

Apucarana | 4000-1457

| 4000-1457

Cambe

| 4000-1457

| 4000-1457

Arapongas | 43 3011-0003

| 43 99629-4569

Curitiba

| 41 3312-1300

| 41 99970-2424