

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

00 97 000 000 7976 16 4

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Guarna Beatriz Cabral Gonçalves

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

Dor + deformidade joelho s/
melhor cl. Lto. Clímax

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M17.9

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"/>	3072.60.34	Artroplastia 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"/>	Kt protese total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marbraz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zimmer

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. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: ZEUMA BEATRIZ CABRAL GONCALVES
Data de nascimento: 28/09/1953

Exame: JOELHO DIREITO
Data do exame: 14/10/2023 09h46

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR.

Análise:

Rotura complexa do corno anterior do menisco lateral que apresenta aspecto levemente fragmentado e retificação da margem livre, associada a moderada perimeniscite.

Menisco medial com morfologia e sinal habituais.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Estruturas do compartimento posterolateral e demais estruturas ligamentares sem alterações significativas.

Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações. Moderado edema da gordura infrapatelar lateral, por hipersolicitação do mecanismo extensor.

Moderada tendinopatia e peritendinite do gastrocnêmio medial, que apresenta delaminações intrassubstanciais se estendendo até a origem, sem transfixação.

Delaminações condrais profundas no vértice e na faceta medial da patela e menos importante no terço inferior da faceta medial da tróclea femoral, sem alterações subcondrais significativas.

Moderado derrame articular com sinais de sinovite.

Cisto de Baker com sinais de rotura parcial.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

Tróclea femoral superior rasa e com hipoplasia medial.

Fina plica parapatelar medial, que se insinua no compartimento patelofemoral.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos preservados.

Conclusão:

Rotura complexa do corno anterior do menisco lateral.

Moderado edema da gordura infrapatelar lateral, por hipersolicitação do mecanismo extensor.

Moderada tendinopatia e peritendinite do gastrocnêmio medial, que apresenta delaminações intrassubstanciais se estendendo até a origem.

Condropatia patelofemoral, mais significativa na patela.

Moderado derrame articular com sinais de sinovite.

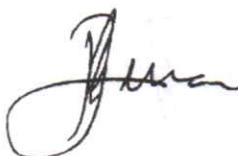


Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959

Nome: ZEUMA BEATRIZ CABRAL GONCALVES
Data de nascimento: 28/09/1953

Exame: JOELHO DIREITO
Data do exame: 14/10/2023 09h46

Cisto de Baker com sinais de rotura parcial.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959

Nome: ZEUMA BEATRIZ CABRAL GONCALVES
Data de nascimento: 28/09/1953

Exame: UNIMED - PA - JOELHO D
Data do exame: 14/10/2023 09h21

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Análise:

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial medial.

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Entesófito suprapatelar.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789