

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

005 000 00 6 1 250 298

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

MARJORY CALEFE FERRAZ

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional

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

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

por + instabilidade articular
jovem q' molares cl. do Ch'umo

29 - CID 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"/>	30433043	VITRO p/UA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	30433065	VITRO p/moneda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	30433049	VITRO p/osteocondroplastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>	30431018	TRANSFER + 1 ton de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>		TX VITRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>		Laminas Shaver p/moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>			<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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: MARJORY CALEFE FERRAZ
Data de nascimento: 30/12/1974

Exame: JOELHO ESQUERDO
Data do exame: 21/12/2023 15h29

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR.

Análise:

Rotura aguda completa do ligamento cruzado anterior proximal.

Estiramento do ligamento colateral medial proximal, com edema periligamentar, sem roturas.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.

Estiramento do ligamento arqueado, com edema periligamentar, sem rotura franca.

Rotura longitudinal oblíqua periférica no corno posterior e transição com o corpo do menisco medial, com extensão articular inferior.

Menisco lateral com morfologia e sinal habituais.

Finas fissuras condrais profundas nos terços médio e posterior do côndilo femoral medial e no terço posterior do planalto tibial lateral, sem alterações subcondrais.

Finas fissuras condrais profundas no vértice patelar, no sulco e na faceta medial da tróclea, notando-se ainda afilamento da cartilagem da faceta medial da patela, sem alterações subcondrais.

Leve peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso, sem roturas.

Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Moderado derrame articular com sinais de sinovite.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

Edema e delaminações líquidas no subcutâneo do joelho, sem coleções.

Sinais de reconversão medular na região metadiáfisária distal do fêmur.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos preservados.

Conclusão:

Rotura aguda completa do ligamento cruzado anterior proximal.

Estiramento do ligamento colateral medial proximal.

Estiramento do ligamento arqueado.

Rotura no corno posterior e transição com o corpo do menisco medial.

Condropatia no côndilo femoral medial, planalto tibial lateral e compartimento patelofemoral.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959

Nome: MARJORY CALEFE FERRAZ
Data de nascimento: 30/12/1974

Exame: JOELHO ESQUERDO
Data do exame: 21/12/2023 15h29

Leve peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso.
Moderado derrame articular com sinais de sinovite.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959