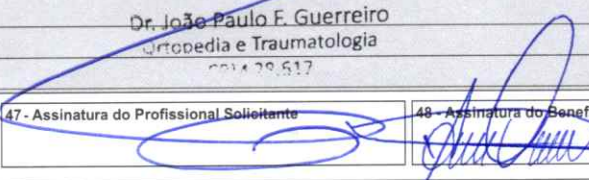



1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 805000 2016453002		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
10 - Nome ALEXANDRO J. O. OLIVEIRA				
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 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 LESÃO DO MEMBRÃO ADITAL				
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- _____	301.33065	REFARCO DO	____	____
02- _____		MEMBRÃO	____	____
03- _____		ADITAL	____	____
04- _____		ITÁLIA VÍDEO	____	____
05- _____		LETRAS HANDE	____	____
06- _____		RADIOFREQUÊNCIAS	____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____			____	____
10- _____			____	____
11- _____			____	____
12- _____			____	____
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		
41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____		44 - Código CNES _____		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		
45 - Observação / Justificativa <div style="text-align: center;"> Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 28.517 </div>				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		

Paciente: ALEXSANDRO JORGE DE HOLANDA OLIVEIRA ID: 318435

Idade: 40 anos Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 01/02/2023 19h52

Data Nasc.: 08/12/1982

Dr.(a): NILTON TOSHIO TAKAOKA - CRM/PR 11368

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

Técnica:

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

Laudo:

- Rotura do corpo e corno posterior do menisco medial.
- Menisco lateral íntegro.
- Ligamento cruzado anterior íntegro, visualizadas suas duas bandas.
- Ligamento cruzado posterior íntegro.
- Ligamentos colaterais medial e lateral íntegros.
- Superfícies articulares condrais e ósseas subcondrais dos compartimentos femorotibiais medial e lateral íntegros.
- Superfícies articulares condrais e subcondrais da patela e da tróclea preservadas.
- Retináculos patelares preservados.
- Tendão patelar e quadríceps preservados.
- Gordura de Hoffa sem alterações.
- Discreta efusão líquida sinovial.
- Fossa poplíteia livre.
- Demais grupos musculares e tendões sem alterações.



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