

Poste L.A.

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

Nicolos G. M. Pery

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

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

*Lesão L5/S1 @ paravertebral L5/S1 com lesão do disco
@ lesão osteocartilaginosa L5/S1 com lesão do disco
@ lesão osteocartilaginosa L5/S1 com lesão do disco*

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-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
02-___	___	<i>Recuperação b. paravertebral</i>	<i>01</i>	___
03-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
04-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
05-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
06-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
07-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
08-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
09-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
10-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
11-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___
12-___	___	<i>Exat. u. de 00</i>	<i>01</i>	___

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

Dr. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389

46 - Data da Solicitação

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: NICOLAS GUSTAVO MARQUES PARIZ
Data de nascimento: 12/05/2000

Exame: JOELHO DIREITO
Data do exame: 01/02/2024 08h30

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR.

Análise:

Rotura parcial intersticial crônica do ligamento cruzado anterior proximal, que se apresenta afilado. Associa-se anteriorização da tibia em relação ao fêmur.

Foco de rotura transfixante na porção proximal do ligamento colateral medial, permanecendo contínuo por fino feixe de fibras posteriores com edema periligamentar.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.

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

Meniscos com morfologia e sinal habituais.

Delaminações condrais profundas na faceta lateral da patela, atingindo a cortical, com leve esclerose e edema subcondrais.

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

Ausência de derrame articular significativo.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

Leve edema da tela subcutânea medial do joelho, sem coleções.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planosmiotendíneos preservados.

Conclusão:

Rotura parcial intersticial crônica do ligamento cruzado anterior proximal, com sinais de insuficiência do remanescente. Conveniente correlação clínica.

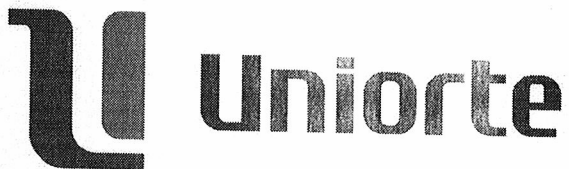
Foco de rotura transfixante na porção proximal do ligamento colateral medial.

Condropatia patelar.

Leve edema da gordura femoral e infrapatelar lateral, por hipersolicitação do mecanismo extensor.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959



Nome: NICOLAS GUSTAVO MARQUES PARIZ
Data de nascimento: 12/05/2000

Exame: JOELHO DIREITO
Data do exame: 01/02/2024 08h30

Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná
www.uniorte.com.br