

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 Social

10 - Nome

**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

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

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-	3026037	Inteplastin total felle	01	
02-				
03-				
04-				
05-				
06-		Kit protease total	01	
07-		injetado		
08-				
09-				
10-		Cureta de antebraço	02	
11-				
12-				

**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. Marcus V. Danielli

Ortopedia e Clinica do Joelho

CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

**NOME:** APARECIDA DE FATIMA MARCON PISSINATTI

**NÚMERO DE ACESSO:** 85924489

**DATA:** 27/07/2022

**MÉDICO SOLICITANTE:** CARLOS EDUARDO SANCHES VAZ

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO**

**Indicação:** dor.

**Técnica:** Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequências FSE e cortes multiplanares.

**Análise:**

Rotura complexa e fragmentação do menisco medial, com rotura radial praticamente completa no seu corpo e na transição do corno posterior com a raiz posterior.

Degeneração do corno anterior do menisco lateral.

Acentuada degeneração do ligamento cruzados.

Espessamento fibrocicatricial do ligamento anterolateral.

Aspecto irregular dos ligamentos colaterais.

Tendões quadríceps e patelar preservados.

Patela normoposicionada.

Acentuada artropatia degenerativa femorotibial medial, caracterizada por afinamento condral difuso, com perda da cartilagem articular, exposição óssea, esclerose e edema subcondral nas interfaces articulares.

Fissuras condrais esparsas até a camada média e algumas profundas nos compartimentos femoropatetares, associado a osteófitos marginais, sem alterações subcondrais.

Moderado derrame articular, com sinovite.

Feixes neurovasculares sem alterações.

**Impressão:**

Rotura complexa e fragmentação do menisco medial, com rotura radial praticamente completa no seu corpo e na transição do corno posterior com a raiz posterior.

Degeneração do corno anterior do menisco lateral.

Acentuada degeneração do ligamento cruzados.

Espessamento fibrocicatricial do ligamento anterolateral.

Acentuada artropatia degenerativa femorotibial medial e leve femorotibial lateral e femoropatetar.

Moderado derrame articular, com sinovite.

*Caio Barros Figueiredo*  
**Dr. Caio Barros Figueiredo**  
CRM / PR 42256