


1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	6 - Data de Validade da Senha ____/____/____
4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____	

Dados do Beneficiário		8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
7 - Número da Carteira 0005 000 000 324 187 7			
50 - Nome Social _____			
10 - Nome Marcos Gilberto Munhoz Gomes Jr.			
Dados do Contratado / nte		13 - Nome do Contratado Unimed	
12 - Código na Operac _____			
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		21 - Data sugerida para internação ____/____/____
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____
22 - Caráter do Atendimento ____	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____
28 - Indicação Clínica Dor medular joelhos s/ melhora cl HA U'me		
29 - CID 10 Principal (Opcional) M23.2	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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- _____	307.3 3065	Vino p/ mensur	____	____
02- _____		TX VINO	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____		banho oxigênio p/ membros	____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____			____	____
10- _____			____	____
11- _____			____	____
12- _____			____	____

Dados da Autorização		41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	
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 CRM/PR 17905	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

Paciente: MARCOS GILBERTO MUNHOZ GARCIA JUNIOR ID: 209974

Idade: 24 anos Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 26/07/2023 21h09

Data Nasc.: 08/02/1999

Dr.(a): CAIO WINCH JANEIRO - CRM/PR 46949

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

Técnica:

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

Laudos:

- Rotura complexa e difusa do menisco lateral.
- Menisco medial 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.
- Acentuada efusão líquida sinovial distendendo a bursa supra patelar.
- Fossa poplíteia livre.
- Demais grupos musculares e tendões sem alterações.

Conclusão:

- Rotura difusa do menisco lateral.

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 2004

A interpretação do resultado deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos, dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames deste paciente.