

*Perceção*

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>005</b>	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
50 - Nome Social _____		
10 - Nome <b>LEONARDO PEREIRA CATALINO</b>		

**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 <b>UNIORTE</b>	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento <b>U</b>	23 - Tipo de Internação <b>H</b>	24 - Regime de Internação <b>E</b>
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

**28 - Indicação Clínica**

**TORÇÃO SOEHO (E) TORNAMENTO DO  
HA' INES - GRAVE LESÃO MENSCA  
CI FORTAMENTO MENSCA 2CM. CONDROPA  
SOEHO CI FLUXO**

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-	<b>30733095</b>	<b>REPARO MENSCA</b>	____	____
02-	<b>30733099</b>	<b>OSTEOCOSTOPLASTIA</b>	____	____
03-	_____	_____	____	____
04-	_____	<b>ITAXA VIDEO</b>	____	____
05-	_____	<b>1 SHAVEL</b>	____	____
06-	_____	<b>1 RADIO PRECENCIA</b>	____	____
07-	_____	_____	____	____
08-	_____	_____	____	____
09-	_____	_____	____	____
10-	_____	_____	____	____
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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. João Paulo F. Guerreiro</i> Chv/Pn 2001/	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Leonardo</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---	---	--



Atendimento: 000003848673

Paciente: LEONARDO PEREIRA CATARINO

Solicitante: CAMILA HUSS RODRIGUES

Credenciais de acesso aos laudos e imagens pelo site:  
Protocolo: 000003848673 Senha: 64095072  
www.omegadiagnosticos.com.br

Idade: 25 anos

Nasc.: 04/12/1998

Data: 28/02/2024  
16:07

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO

### Técnica:

Exame realizado com sequências multiplanares FSE, ponderadas em T1, DP e T2, sem e com supressão de gordura.

### Relatório:

Ligamento cruzado anterior íntegro, visualizadas suas duas bandas.  
Ligamento cruzado posterior íntegro.  
Ruptura multiplanar complexa de todo o menisco lateral, com fragmento meniscal migrado medialmente adjacente ao corno anterior e medindo 2,0 cm.  
Menisco medial com morfologia, topografia, sinal e inserções preservadas.  
Ligamentos colaterais medial e lateral preservados.  
Tendão do quadríceps, tendão patelar e tendão do músculo poplíteo sem anormalidades.  
Moderado derrame articular, distendendo a bursa patelar.  
Edema na gordura de Hoffa.  
Ilhota óssea no côndilo femoral lateral, medindo 0,6 cm.  
Demais estruturas ósseas com intensidade de sinal habitual.  
Alteração de sinal da cartilagem hialina de revestimento articular dos compartimentos articulares femorotibiais, representando condropatia grau II.  
Retináculos patelares preservados.  
Cartilagem hialina de revestimento articular da patela e da tróclea sem anormalidades.  
Ausência de cisto poplíteo medial.

### Opinião:

Ruptura multiplanar complexa de todo o menisco lateral, com fragmento meniscal migrado medialmente adjacente ao corno anterior.  
Moderado derrame articular.  
Edema na gordura de Hoffa.  
Condropatia femorotibial grau II.

A Ômega Diagnósticos respeita o meio ambiente e incentiva o consumo consciente de papel.  
Em seu próximo exame, escolha o LAUDO DIGITAL e acesse os resultados e as imagens  
em nosso site: [www.omegadiagnosticos.com.br](http://www.omegadiagnosticos.com.br)

  
**Dr. Gustavo Camiato Tápias**  
CRM: 19.321  
RQE: 15.042