

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

8650003660128102

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

KALIAN T. ALMEIDA

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

UNIOMME

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO COMPLEXA DO
MEMBRO INTERM. DISCOIDE
PLICA SUOVAR, PATELA UTILIZADA

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 | | 160000 MEMBRO | | |
| 02 | | INTERM | | |
| 03 | | REPERE INTERM. PATELA | | |
| 04 | | SUOVAR TO MA | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | 1 TAXA VIDA | | |
| 07 | | 1 GAMMA SHAPER | | |
| 08 | | 1 RADIOFREQUÊNCIA | | |
| 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

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: KALIAN TORRECILHA ALMEIDA**ID: 1464529****Idade: 14 anos****Sexo: Masculino****Data/Hora Exame: 20/01/2023 21h10****Data Nasc.: 24/06/2008****Dr.(a): GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA - CRM/PR 30165****RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO****INFORMAÇÕES CLÍNICAS:**

Dor e travamento.

TÉCNICA DE EXAME:

Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequencias FSE e cortes multiplanares.
Colocado marcador no local da queixa clínica do paciente.

INTERPRETAÇÃO:

Menisco lateral com morfologia discoide parcial associado a rotura vertical periférica no corno posterior, distando cerca de 0,3 cm da junção meniscocapsular.

Menisco medial com morfologia e intensidade de sinal preservados.

Ligamentos cruzados sem alterações significativas.

Formação cística gangliônica posterior à região distal do ligamento cruzado posterior, medindo até 1,0 cm.

Espessamento fibrocicatricial do ligamento colateral medial.

Tendão quadríceps e patelar preservados.

Demais estruturas ligamentares e musculotendíneas de aspecto habitual.

Patela normoposicionada, sem subluxação/inclinação lateral.

Derrame articular no joelho.

Prega sinovial parapatelar medial, parcialmente interposta no compartimento patelofemoral.


Não há derrame articular significativo.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Menisco lateral com morfologia discoide parcial associado a rotura vertical periférica no corno posterior.
- Formação cística gangliônica posterior à região distal do ligamento cruzado posterior.
- Espessamento fibrocicatricial do ligamento colateral medial.
- Derrame articular no joelho.
- Prega sinovial parapatelar medial, parcialmente interposta no compartimento patelofemoral.


Dr. Jose Eduardo Colla
CRM / PR 28194