

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

0005 000 00 608 74 816

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Artur Leandro M. dos Santos

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira
Ortopedista
CRM/PR 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 905

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

União

21 - Data sugerida para internação

22 - Caracter 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

Dor + volume + fôlego
s/ melhora a 10 dias

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.5

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-		30731046	Rebrachado do tornozelo		
02-			fibras		
03-					
04-		30732026	Enxerto		
05-					
06-					
07-			Exateto p/ osso (2)		
08-			(Hidroxapatita)		
09-					
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

30.07.24

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Nome: ARTUR LEANDRO MERANOVICZ DOS SANTOS

Data de nascimento: 24/06/1986

Exame: RMN JOELHO DIREITO

Data do exame: 18/07/2024 16h02

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR.

Análise:

Pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior com túneis ósseos de topografia habitual e leve alargamento do túnel tibial à custa de pequenas formações císticas no seu interior, e cisto multilobulado nas partes moles da região anteromedial da perna proximal, com cerca de 3,2 cm. Neoligamento com espessura preservada e leve alteração de sinal, sem descontinuidades.

Rotura parcial crônica do ligamento colateral medial proximal, que se apresenta levemente espessado.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.

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

Fina delaminação condral profunda no terço médio da área de carga do côndilo femoral lateral, com pequeno cisto subcondral.

Finas delaminações condrais profundas no vértice e na faceta medial da patela, bem como na faceta medial da tróclea femoral, onde há formação de pequeno osteófito plano, sem alterações subcondrais.

Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Pequeno derrame articular.

Cisto poplíteo laminar.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas.

Hipoplasia medial da tróclea femoral superior, com diminuto esporão supratrocLEAR.

Estrias fibrocicatriciais na gordura de Hoffa, por manipulação cirúrgica prévia.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos preservados.

Conclusão:

Pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior, pormenorizado acima.

Dr. Rafael Ogasawara Ferreira
CRM / PR 26959

