

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

Cláudio da Silva

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

\_\_\_

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

Ruptura LCA + Menisco medial + Osteocondro-  
patia joelho @

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- ___	___	Reconstrução LCA	___	___
02- ___	___	Repair meniscal	___	___
03- ___	___	Osteocondroplastia	___	___
04- ___	___	Transposição de mpis de 1 tendão	___	___
05- ___	___	Taxa de vídeo	___	___
06- ___	___	___	___	___
07- ___	___	___	___	___
08- ___	___	___	___	___
09- ___	___	Torniquete	___	___
10- ___	___	Infusão de interferon nos rins	___	___
11- ___	___	Lâmina de shaver	___	___
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

Ortopedia e Traumatologia  
Cláudio do João

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_



- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- TOMOGRAFIA  
COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ECOCARDIOGRAMA
- DOPPLER COLORIDO
- RAIOS X

**Registro:** 41306**Paciente:** CLAUDIO DA SILVA**Data do Exame:** 04/04/2024**Médico Solicitante:** GUSTAVO CARVALHO**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO****Técnica utilizada**

Axial: T2 e PD FAT SAT.

Coronal: PD e T2 FAT SAT.

Sagital: PD e T2 FAT SAT.

Coronal oblíquo: T2 - LCA.

**Relatório**

Contusão/edema ósseo medular e subcondral acometendo aspecto posterior dos platôs tibiais e em menor grau o terço médio do côndilo femoral lateral.

Afilamento e irregularidade do revestimento condral dos compartimentos fêmoro-tibiais, com fissuras condrais profundas.

Demais superfícies condrais e subcondrais preservadas.

Retináculos patelares medial e lateral preservados.

Sinais de rotura do corno posterior do menisco medial.

Menisco lateral com morfologia preservada, notando-se discreta alteração do sinal intrassubstancial ao nível do corpo, sem clara extensão articular, podendo representar alteração degenerativa ou mesmo pós-contusional, sem irregularidade da superfície articular ou destacamentos.

Sinais de rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior, colateral lateral sem alterações.

Rotura parcial do terço proximal do ligamento colateral medial, com irregularidade dos seus contornos e edema periligamentar.

Tendão do músculo quadríceps, tendão patelar e do músculo poplíteo sem alterações significativas.


Discreto derrame articular.

Acentuado edema dos planos adiposos profundos e periarticulares.

Moderada efusão entre os planos músculo adiposos da fossa poplíteia, principalmente entre o músculo poplíteo e os gastrocnêmios, estendendo-se inferiormente.

Discreta efusão no recesso gastrocnêmio medial/semimembranoso.

Estudo documentado em filmes e gravado em CD, em anexo, inclusive as sequências e planos adicionais.

  
Dr. Francisco do Carmo Neto  
CRM 22.103  
RQE 16.692

**SANTAC - SANTA CASA**

Av. Nossa Senhora do Rocio, 1165

Fone: (43) 3523-1944 - Fax: (43) 3523-1093

CEP 86300-000 - Cornélio Procopio - PR

e-mail: santac@onda.com.br