

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 0 142 000 00 210 659 0		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN ____		10 - Nome Guilherme de Souza Jaramato	
11 - Cartão Nacional de Saúde _____			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado Unimed	
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre de Oliveira Queiroz		15 - Conselho Profissional ____	
16 - Número no Conselho 17 905		17 - UF ____	
18 - Código CBO ____		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 01	
26 - Previsão de uso de OPME ____		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	
28 - Indicação Clínica hcr + INSTABILIDADE Arterial Jogando esq SI melhor q HD clínica			
29 - CID 10 Principal (Opcional) M23.5		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
01- _____	3073 3073	VINO p/ LCA	____
02- _____	3073 3065	VINO p/ momeio	____
03- _____	3073 3030	VINO p/ condroplastia	____
04- _____	3073 1215	TRANSPOSIÇÃO + 1 bronchio	____
05- _____		TX VINO	____
06- _____		Leurostoma p/ trachea	____
07- _____		Leurostoma p/ orofaringe	____
08- _____		Leurostoma p/ orofaringe	____
09- _____		Leurostoma p/ orofaringe	____
10- _____		Leurostoma p/ orofaringe	____
11- _____		Leurostoma p/ orofaringe	____
12- _____		Leurostoma p/ orofaringe	____
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada Radiofrequência		42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____	
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Radiofrequência		44 - Código CNES _____	
45 - Observação / Justificativa Radiofrequência			
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz CRM/PR 17905	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Bianca C. de Souza		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	

SANTAC

Centro de Diagnóstico
por Imagem

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

Registro: 39080

Paciente: GUSTAVO DE SOUZA YAMAMOTO

Data do Exame: 16/10/2023

Médico Solicitante: ROBERTO GRANGE GASPARELLI

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO

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 o aspecto posterior dos platôs tibiais, o terço médio do côndilo femoral lateral e em menor grau o terço médio do côndilo femoral medial, com discreta alteração do trabeculado ósseo por microfraturas, sem desalinhamentos.

Demais superfícies articulares condrais e subcondrais preservadas.

Retináculos patelares medial e lateral preservados.

Menisco lateral com morfologia, sinal e inserções capsulares normais.

Sinais de rotura periférica no corno posterior do menisco medial, que atinge a raiz tibial posterior, aspecto de "Ramp lesion".

Espessamento e alteração de sinal do ligamento cruzado anterior, com edema periligamentar sugerindo estiramento, com descontinuidade de suas fibras médias sugerindo lesão parcial extensa. Correlacionar com manobras clínicas para avaliação do grau de suficiência ligamentar.


Ligamentos cruzado posterior, colateral medial e lateral sem alterações.

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

Discreto derrame articular que se estende para a bursa suprapatelar.

Fossa poplíteica de aspecto normal.

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