

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 00000 437171 78

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Silvia op. Fernandes Andrade

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 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

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

04

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

por modular joelho 688 9
limitações P (ND)

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M 232

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- ___	3070 3065	V INK p/membro	___	___
02- ___	3073 3049	V INK p/osteocondral	___	___
03- ___		TX V INK	___	___
04- ___		lanço s/mbr p/mbr	___	___
05- ___		Radifrequência	___	___
06- ___			___	___
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

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: ISILDA APARECIDA FERNANDES ANDRADE

ID: 1467413

Idade: 53 anos

Sexo: Feminino

Data/Hora Exame: 14/03/2023 08h57

Data Nasc.: 08/11/1969

Dr.(a): EDUARDO HITOSHI TSUGE CINAGAWA - CRM/PR 25794

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Indicação: dor.

Técnica: Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequencias FSE e cortes multiplanares.

Análise:

Rotura radial na transição do corpo e corno posterior do menisco medial, se estendendo até a zona 2/1 (ISAKOS). Associa-se perimeniscite e edema ósseo subcondral no aspecto posteromedial do planalto tibial medial, por sobrecarga mecânica / insuficiência, sem fratura nítida.

Menisco lateral discoide parcial, sem lesões.

Ligamentos cruzados e colaterais sem alterações.

Tendões quadríceps e patelar preservados.

Patela normoposicionada.

Leve afilamento condral na patela, sem alterações subcondrais.

Demais superfícies condrais preservadas.

Moderado derrame articular, com sinais de sinovite.

Cisto poplíteo alongado.

Impressão:

Rotura radial na transição do corpo e corno posterior do menisco medial, se estendendo até a zona 2/1 (ISAKOS). Associa-se perimeniscite e edema ósseo subcondral no aspecto posteromedial do planalto tibial medial, por sobrecarga mecânica / insuficiência, sem fratura nítida.

Condropatia patelar leve.

Moderado derrame articular, com sinais de sinovite.

Caio Barros Figueiredo
Dr. Caio Barros Figueiredo
CRM / PR 42256