

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

005 000 0032126320

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Alex Luiz de Lima

10 - Nome

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 17905

17 - UF

18 - Código CBO

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Unimed

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

Der + lumbagoes pland s/  
mouura el fto clíma.

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	38 - Qtde Aut
01	304338065	✓ 11760 pl mouura		
02				
03	304333049	11760 pl osteocondropl		
04				
05		TX 11760		
06				
07				
08		lumbo shor pl mltas		
09				
10		Rachofrepreu		
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

**Nome Paciente:** CELSO LUIZ DE LIMA  
**Data Nasc.:** 20/10/1971  
**Data Exame:** 11/12/2023  
**Médico Solicitante:** DR. GUILHERME J. M. PIOVESANA

Id: 32145

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

**Metodologia:** foram adquiridas sequências ponderadas em T1, DP e T2 em múltiplos planos.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Edema da gordura subcutânea pré e infrapatelar.  
Erosões e alteração de sinal na cartilagem articular da tróclea femoral, com discreto edema do osso subcondral no sulco troclear, medindo cerca de 4 mm.  
Patela tópica e com morfologia do tipo 2 de Wiberg.  
Gordura de Hoffa preservada.  
Menisco lateral com morfologia, dimensões e sinal conservados.  
Rotura do corno posterior do menisco medial, caracterizada pelo hipersinal linear, horizontal, que se estende para a margem inferior.  
Alterações degenerativas nos demais segmentos do menisco medial.  
Alterações degenerativas, incipientes, do compartimento femorotibial medial, caracterizadas pelo afilamento condral e discreta redução da amplitude articular.  
Ligamentos cruzados e colaterais com sinal e continuidade preservados.  
Estruturas ósseas com morfologia e sinal da medula normais.  
Entesopatia na inserção do tendão quadríceps.  
Tendões patelar, poplíteo e bicipital íntegros.  
Tendões da "pata de ganso" e trato iliotibial com sinal preservado.  
Fossa poplíteia de aspecto habitual.

### Impressão diagnóstica:

Derrame articular.  
Condropatia patelar grau 3. ✓  
Lesão osteocondral na tróclea femoral.  
Rotura do menisco medial. ✓  
Discretas alterações degenerativas do compartimento femorotibial medial.  
Entesopatia no quadríceps.

**Obs.:** veias ectasiadas e tortuosas relacionadas a varizes superficiais.



Dr. FABIO FERREIRA LEHMANN  
CRM PR 15519 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem



Dr. MARCUS VINICIUS GUSMÃO CABRAL  
CRM PR 16325 RQE - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem