

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 00000 316 794 74

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

SANDRA R. M. TEIXEIRA

10 - Nome

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

UNIOESTE

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

LESÃO MENISCO, OSTEOCONDRA
PATELA C/ DESTABILAMENTO

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-	307 3 30 65	REPARO MENISCO		
02-	307 3 30 49	OSTEOCONDROPLASTIA		
03-	307 3 31 03	RELEASE PATELA		
04-				
05-		1 TAXA VIDEO		
06-		1 LAMINA SHARPE		
07-				
08-		1 PÓS OPERATORIA		
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. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 20617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Atendimento 54509

Data: 06/11/2023

Paciente SANDRA REGINA MARTINS TEIXEIRA

Solicitante JULIO CESAR BORIN

Idade: 59

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME: Exame de ressonância magnética do joelho esquerdo, sendo obtidas imagens nas seguintes sequências: SAG SE T1 e T2 OBLI, SAG STIR, COR STIR, COR SE T2 OBLIQUO, AXIAL STIR, AXIAL SE T2

RESULTADO: As sequências realizadas evidenciaram:

Redução do espaço articular femoro-tibial lateral com afilamento condral difuso (Artropatia degenerativa).

Rotura complexa do menisco lateral com sinais de exuberante peri-meniscite e cisto peri-meniscal de 0,8 cm.

Rotura do corpo do menisco medial.

Ligamento cruzado anterior espessado com perda de sua morfologia habitual inferindo injúria crônica

Ligamento cruzado posterior íntegro, sem anormalidade de sinal.

Ligamento colateral medial e estruturas do canto póstero-lateral íntegros, sem anormalidades de sinal.

Fossa poplíteia sem alterações.

Patela alta, com faceta medial curta e leve inclinação lateral. Fissuras condrais profundas na faceta medial (Condropatia grau 3). Retináculos íntegros.

Moderado derrame articular.

Tendão quadriciptal e patelar de aspecto preservado. Gordura de Hoffa sem alterações.



Henrique de Castro
CRM: 30676 - PR
Médico Radiologista
Revisor



Luciana Lopes dos Santos - Médica Radiologista
CRM: 22519 - PR
Médica Radiologista
Laudador