

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

000 5 000 000 0 868 925

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Rosa Okabe Suga

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 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

03

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor + Reforço de Jogo de  
SI melhora c/ Lto clínico

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M179

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- <input type="checkbox"/>	3072.60.39	Artroplastia total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>		Jaco do braço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

(Zimmer)

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

CRM/PR 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Rosa Okabe Suga



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

000 5 000 000 0 868 9 2 5

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

10 - Nome

Rosa Okabe Suga

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

União-le

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 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

03

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Trat + Reforço de Jogo de  
SI melhora a Lto clíneo

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M179

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- <input type="checkbox"/>	3072.60 39	Artroplastia total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>		Jaco de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>		Kit prótese total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Jaco de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

(Zimmer)

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  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Rosa Okabe Suga

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: ROSA OKABE SHIGA  
Data de nascimento: 01/08/1947

Exame: JOELHO DIREITO  
Data do exame: 31/01/2023 11h06

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR. Estudo realizado em equipamento de baixo campo magnético.

### Análise:

Menisco lateral discoide completo, sem sinais de roturas.

Leve alteração degenerativa na transição do corpo com o corno posterior do menisco medial, sem sinais francos de roturas.

Edema periligamentar junto a porção proximal do colateral lateral, que pode estar relacionado a estiramento, sem roturas.

Discreto espessamento crônico do ligamento colateral medial proximal.

Ligamentos cruzados íntegros.

Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações. Leve edema da gordura pré-femoral, por hipersolicitação do mecanismo extensor.

Moderada tendinopatia e peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso, com pequena bursite do semimembranoso, sem roturas.

Pequena bursite da pata anserina.

Ausência de derrame articular significativo.

Cisto de Baker, com sinais de pequena rotura parcial.

Fina fissura condral que delamina até a camada profunda no terço posterior do planalto tibial lateral, sem alterações subcondrais.

Discreto afilamento da cartilagem do vértice e faceta medial da patela, sem caracterização de lesões condrais profundas.

Patela normoposicionada, sem inclinação ou subluxação laterais significativas. Leve hipoplasia medial da tróclea femoral superior.

Demais estruturas ósseas, superfícies condrais e planos miotendíneos sem anormalidades significativas.

### Conclusão:

Menisco lateral discoide completo.



Dr. Rafael Ogasawara Ferreira  
CRM / PR 26959

pág. 1/2



Nome: ROSA OKABE SHIGA  
Data de nascimento: 01/08/1947

Exame: JOELHO DIREITO  
Data do exame: 31/01/2023 11h06

Leve alteração degenerativa na transição do corpo com o corno posterior do menisco medial.  
Edema periligamentar junto a porção proximal do colateral lateral, que pode estar relacionado a estiramento.  
Discreto espessamento crônico do ligamento colateral medial proximal.  
Sinais de leve hipersolicitação do mecanismo extensor.  
Moderada tendinopatia e peritendinite do gastrocnêmio medial e semimembranoso, com pequena bursite do semimembranoso.  
Pequena bursite da pata anserina.  
Cisto de Baker, com sinais de pequena rotura parcial.  
Leve condropatia no côndilo femoral lateral e menos significativa na patela.



**Dr. Rafael Ogasawara Ferreira**  
CRM / PR 26959

Nome: ROSA OKABE SHIGA  
Data de nascimento: 01/08/1947

Exame: UNIMED - JOE D/E + PT  
Data do exame: 31/01/2023 08h31

### RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

#### **Análise:**

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial medial.

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas.

### RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

#### **Análise:**

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial medial.

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Calcificações nos meniscos lateral e medial.

Ausência de sinais de fraturas.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
CRM / PR 33789

pág. 1/2

Nome: ROSA OKABE SHIGA  
Data de nascimento: 01/08/1947

Exame: UNIMED - JOE D/E + PT  
Data do exame: 31/01/2023 08h31

### RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

### RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
CRM / PR 33789

pág. 2/2