

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

005 000 000 178 9697

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Tereza Benedita Vireu

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

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

Prontuário de Joelho Esquerdo
DOR + DEFORMIDADE

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-				
02-				
03-	30726034	Artroplastia total de joelho	01	
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-		Ket de Proteção total de Joelho Superfície	01	
10-				
11-				
12-		Arterio grafia / ATB	02	

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

Paciente: **TEREZA BONDEZAN VIEIRA**
Data do nascimento: 07/07/1949
Data do exame: 26/08/2021

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado com sequências FSE e STIR, ponderadas em T1, DP e T2, em aquisições multiplanares.

Relatório:

Osteófitos marginais fêmoro-tibio-patelares.

Erosão do revestimento condral femorotibial medial, com exposição do osso subcondral, edema e esclerose óssea subcondral, sugerindo lesão condral grau IV.

Afilamento, irregularidade dos contornos e alteração de sinal do revestimento condral do compartimento femorotibial lateral, estendendo-se até a zona profunda da cartilagem, com focos de exposição do osso subcondral e edema ósseo medular subcondral, sugerindo lesão condral grau III/IV.

Afilamento, irregularidade dos contornos e alteração de sinal do revestimento condral do compartimento patelofemoral, estendendo-se até a zona profunda da cartilagem, com focos de exposição do osso subcondral e edema ósseo medular subcondral, sugerindo lesão condral grau III/IV.

Retináculos patelares medial e lateral preservados.

Ruptura complexa difusa do menisco medial, com sinais de extrusão meniscal.

Ruptura horizontal do corno anterior do menisco lateral.

Ruptura do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior, colateral medial e lateral sem alterações.

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

Estruturas do canto póstero-lateral preservadas.

Espessamento parietal da bursa pré-patelar, com leve efusão no seu interior.

Moderada efusão sinovial intra-articular, com espessamento sinovial associado.

Gordura de Hoffa preservada.

Presença de cisto poplíteo medial, medindo 3,5 x 0,96 cm.

Opinião:

Lesões condrais patelofemoral e femorotibial.

Rupturas dos meniscos medial e lateral.

Ruptura do ligamento cruzado anterior.

Leve bursite pré-patelar.

Moderado derrame articular, com sinovite associada.