

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 005 000 000 703 7360	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
50 - Nome Social ALISON R BOMBUS		
10 - Nome _____		

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Danieli	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 E	23 - Tipo de Internação H	24 - Regime de Internação C
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica

**KSU Osteocondral / meniscal
deformidade vmo fechada D**

29 - CID 10 Principal (Opcional) MIX	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 -	3073349	Osteocondroplastia	07	____
02 -	3073351	menisc	07	____
03 -	30736220	osteotomia valgarmente hem	07	____
04 -		ix de vira	07	____
05 -			____	____
06 -		plomb. shoma	01	____
07 -			____	____
08 -		plac chavast	01	____
09 -		prumo mblapost	05	____
10 -			____	____
11 -		Enxerto osteo ortho	02	____
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

Dr. Marcus V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante 	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	--	--

Atendimento 53847

Data: 05/05/2023

Paciente ALISON RICARDO BORRASCA

Idade: 42

Solicitante LUIZ CARLOS DE ANDRADE

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA DO EXAME: Exame de ressonância magnética do joelho direito, 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:

Fratura e extenso edema na medular óssea em região posterior do côndilo femoral lateral

Fratura subcondral em região posterior do planalto tibial lateral com edema ósseo adjacente

Artropatia degenerativa no compartimento femoro-tibial medial, caracterizada por afinamento condral difuso, redução do espaço articular e osteófitos marginais.

Redução volumétrica difusa do menisco medial com rotura do remanescente meniscal

Redução volumétrica do corpo do menisco lateral.

Sinais de reconstrução do ligamento cruzado anterior com túneis femoro-tibial apresentando neo-ligamento roto.

Ligamento cruzado posterior íntegro, sem anormalidade de sinal.

Rotura/estiramento do ligamento colateral medial.

Estruturas do canto póstero-lateral íntegros, sem anormalidades de sinal.

Fossa poplíteia sem alterações.

Patela normoposicionada, sem sinais de inclinação lateral. Fissuras condrais profundas na faceta medial (Condropatia grau 3). Retináculo medial íntegro. Retículo lateral espessado, aspecto de injúria crônica.

Acentuado derrame articular.

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



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



Henrique de Castro - Médico Radiologista
CRM: 30676 - PR
Médico Radiologista
Laudador

Nome: ALISSON RICARDO BORRASCA
Paciente: 7343681 Data Exame: 02/03/2023

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Análise:

Sinais de tratamento cirúrgico com tunelização femorotibial, provavelmente para reconstrução do ligamento cruzado anterior.

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial medial.

Artropatia degenerativa em fase inicial no compartimento femorotibial lateral e patelofemoral.

Ossificação no recesso posterior do joelho adjacente ao planalto tibial (corpo articular calcificado?).

Demais estruturas ósseas íntegras.

Conveniente correlação clínica e com estudos anteriores.



Nilton Paccola Lovato
25146-PR

Apucarana	4000-1457	4000-1457	Cambe	4000-1457	4000-1457
Arapongas	43 3011-0003	43 99629-4569	Curitiba	41 3312-1300	41 99970-2424