

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 5 000 000 381 200 9

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Andre Luiz Marino Petreli

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

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

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor no fúndil esquerdo.
Exame de ultrassom no fúndulo
mostrando sinais de recuo absoluto

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M25.5

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	3072428-7	tratamento cirúrgico do tumor ovariano		
02				
03	30713072	exame de ultrassom		
04				
05				
06				
07				
08				
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

Gravidez longa 3,5

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



LAUDO



Nome Paciente: ANDRE LUIZ MOREIRA PATERLINI
Data Nasc.: 24/08/1975
Data Exame: 18/05/2023
Médico Solicitante: DR. MAURICIO R. MIYASAKI

Id: 27471

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Indicação clínica: ciatalgia.

Metodologia: foram adquiridas seqüências ponderadas em T1 e T2 em múltiplos planos.

Análise:

Corpos vertebrais alinhados no plano sagital, de altura e sinal da medular óssea conservados, sem sinais de fraturas.

Labiações osteofitárias incipientes entre L2 e L5.

Discreta irregularidade das articulações interfacetárias, inferindo alterações degenerativas.

Desidratação dos discos intervertebrais, mais evidente no nível L4/L5, onde observa-se redução da altura.

Abaulamento difuso da margem posterior do disco intervertebral L3/L4 que determina impressão na face ventral do saco dural.

Protrusão difusa da margem posterior do disco intervertebral L4/L5, com fissura das fibras do anel fibroso, que determina impressão na face ventral do saco dural, reduz parcialmente a amplitude das porções inferiores dos forames neurais, tocando as raízes neurais emergentes de L4.

Não há abaulamento ou protrusão discal significativa nos demais níveis avaliados.

Cone medular de forma e sinal conservados.

Raízes da cauda equina de distribuição anatômica no interior do saco dural.

Musculatura paravertebral sem alterações.

Impressão diagnóstica:

Espondilodiscoartrose incipiente.

Protrusão discal posterior em L4/L5.

Abaulamento discal posterior em L3/L4.

Protrusão discal posterior em L4/L5, com fissura das fibras externas do anel fibroso, que reduz discretamente a amplitude do canal vertebral e dos forames neurais e tocando as raízes neurais emergentes de L4.

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

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

Rua Borba Gato, 854 - Jardim América - Londrina - PR - Tel. (43) 3345-0999



S

LAUDO



Nome Paciente: ANDRE LUIZ MOREIRA PATERLINI
Data Nasc.: 24/08/1975
Data Exame: 18/05/2023
Médico Solicitante: DR. MAURICIO R. MIYASAKI

Id: 27471

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL ESQUERDO

Indicação clínica: ciatalgia.

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

Análise:

Discreto derrame articular.

Lesão na medula óssea subcondral da cabeça femoral, compatível com área de osteonecrose e com edema da medula óssea adjacente, medindo cerca de 4 x 2,5 cm, envolvendo cerca de 50% da superfície da cabeça femoral que mantém os contornos regulares, sem sinais de fratura.

Amplitude articular está preservada.

Lábio acetabular com morfologia e sinal conservados, sem evidências de lesão.

Ligamento redondo íntegro.

Tendões glúteos médio e mínimo com espessura e sinal conservados, sem evidências de lesão.

Tendões retofemoral, iliopectíneo e isquiotibiais preservados.

Não há evidências de bursite trocantérica.

Ventres musculares da cintura pélvica de trofismo conservado, sem lesões.

Impressão diagnóstica:

Sinais de osteonecrose da cabeça femoral.

Discreto derrame articular.

Obs.: alargamento dos canais inguinais, por gordura.

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

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

Rua Borba Gato, 854 - Jardim América - Londrina - PR - Tel. (43) 3345-0999