

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 0005 00000 610 13997		8 - Validade da Carteira / /	
9 - Atendimento a RN 		10 - Nome Gustavo Rego da Silva	
11 - Cartão Nacional de Saúde 		Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado União	
14 - Nome do Profissional Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional 	
16 - Número no Conselho 17905		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 + instabilidade articular Joelho SI no decorrer do tratamento	
29 - CID 10 Principal (Opcional) M23.5		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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- [] [] []	30733073	VINGO p/ LCA	[] [] []	[] [] []
02- [] [] []	30733103	VINGO p/ Ressecção	[] [] []	[] [] []
03- [] [] []		mofo p/ celular	[] [] []	[] [] []
04- [] [] []	30731216	transporção + 1 tunda	[] [] []	[] [] []
05- [] [] []		TX VINGO	[] [] []	[] [] []
06- [] [] []		lanço shaver p/ mofo	[] [] []	[] [] []
07- [] [] []			[] [] []	[] [] []
08- [] [] []			[] [] []	[] [] []
09- [] [] []			[] [] []	[] [] []
10- [] [] []			[] [] []	[] [] []
11- [] [] []			[] [] []	[] [] []
12- [] [] []			[] [] []	[] [] []

Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Dias 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. Alexandre de Oliveira CRM/PR 17905		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____	

Atendimento 46982

Data: 24/11/2023

Paciente GUSTAVO REGO DA SILVA

Idade: 17

Solicitante MAURO RENATO PASCOTINI

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:

Edema ósseo no côndilo femoral e planalto tibial lateral, de aspecto contusional.

Meniscos de morfologia e intensidade de sinal preservados.

Rotura do ligamento cruzado anterior.

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 normoposicionada, sem sinais de inclinação lateral. Prega para-patelar que se insinua no compartimento patelo-femoral medial. Retináculos íntegros.

Moderado derrame articular.

Tendão quadriciptal e patelar de aspecto normal. 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