

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 _____	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN _____
10 - Nome Ana Carolina Prosser de Almeida		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

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

Ruptura LCA (E)

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- _____	_____	Reconstrução LCA	1	_____
02- _____	_____	Transposição de membros de 1 para 2	1	_____
03- _____	_____	Taxa de vídeo	1	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	_____	_____	_____
08- _____	_____	_____	_____	_____
09- _____	_____	_____	_____	_____
10- _____	_____	Toggle lock	1	_____
11- _____	_____	Profusão de interseção nervosa	1	_____
12- _____	_____	Lamina de shure	1	_____

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

Guilherme J. M. Piovesana
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 30165 / SBOT 14548

Paciente: ANA CAROLINA PROSCENCIO DA MATA

Idade: 14 anos

Sexo: Feminino

ID: 775213

Data/Hora Exame: 12/07/2023 12h59

Data Nasc.: 07/10/2008

Dr.(a): GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA - CRM/PR 30165

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Entorse.

TÉCNICA DE EXAME:

Exame realizado em aparelho de alto campo, com sequencias FSE e cortes multiplanares.
Colocado marcador no local da queixa clínica do paciente.

INTERPRETAÇÃO:

Fratura / impactação subcondral na porção central periférica do côndilo femoral lateral, medindo cerca de 1,0 x 0,8 cm e com desnivelamento da superfície articular estimado em 0,3 cm, associada a edema ósseo contusional nas bordas posteriores dos planaltos tibiais, denotando mecanismo de trauma do tipo pivot shift.
Alteração do sinal das estruturas capsuloligamentares do canto posterolateral do joelho.
Rotura completa da porção proximal do ligamento cruzado anterior, com fibras distais retraídas anteriormente.
Ligamento cruzado posterior e colaterais sem alterações significativas.
Menisco medial com morfologia e intensidade de sinal preservados.
Menisco lateral com morfologia discoide parcial, sem roturas.
Tendão quadríceps e patelar preservados.
Demais estruturas ligamentares e musculotendíneas de aspecto habitual.
Patela normoposicionada, sem subluxação/inclinação lateral.
Superfícies condrais preservadas.
Moderado / acentuado derrame articular com predomínio no recesso suprapatelar.
Feixes neurovasculares sem alterações.
Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de mecanismo de trauma do tipo pivot shift.
- Alteração do sinal das estruturas capsuloligamentares do canto posterolateral do joelho.
- Rotura completa da porção proximal do ligamento cruzado anterior, com fibras distais retraídas anteriormente.
- Menisco lateral com morfologia discoide parcial, sem roturas.
- Moderado / acentuado derrame articular com predomínio no recesso suprapatelar.


Dr. Jose Eduardo Colla
CRM / PR 28194