

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

147000000 211 7524

8 - Validade da Carteira

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_\_

50 - Nome Social

Ronildo P. Soares

10 - Nome

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. 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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_\_

28 - Indicação Clínica

lesão do/ ombro direito da

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S81

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 -	3013 3013	reconstrução do	01	____
02 -	3013 1216	transplante de pele	01	____
03 -	3013 3065	reparo manual	01	____
04 -			____	____
05 -		TR de vidro	01	____
06 -		placa de fixação	01	____
07 -			____	____
08 -		placa de fixação	01	____
09 -		placa de fixação	01	____
10 -		placa de fixação	01	____
11 -		kit reparo manual all inside	03	____
12 -		(jessetich)	____	____

**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

Ronildo P. Soares

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- TOMOGRAFIA  
COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ECOCARDIOGRAMA
- DOPPLER COLORIDO
- RAIOS X

**Registro:** 38237**Paciente:** ROMULO PARIS SOARES**Data do Exame:** 09/08/2023**Médico Solicitante:** RODOLFO PARIS SOARES**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO****Técnica utilizada:**

Axial: T2 e PD FAT SAT.

Coronal: PD e T2 FAT SAT.

Sagital: PD e T2 FAT SAT.

Coronal oblíquo: T2 - LCA.

**Relatório:**

Contusão/edema ósseo medular e subcondral acometendo o aspecto posterior dos platôs tibiais e em menor grau o terço médio do côndilo femoral lateral, sem desalinhamentos significativos.

Leve alteração de sinal da superfície do revestimento condral da patela, sem fissuras condrais evidentes.

Demais superfícies articulares condrais e subcondrais sem alterações significativas.

Menisco lateral com morfologia, sinal e inserções capsulares normais.

Menisco medial com morfologia preservada, notando-se pequeno traço hiperintenso em T2/PD no corno posterior, que atinge a superfície articular inferior, sugerindo pequena rotura, sem destacamentos.

Irregularidade dos contornos e alteração de sinal do ligamento cruzado anterior, com descontinuidade de suas fibras no seu terço médio e edema adjacente, sugerindo rotura subtotal/total, aguda.

Ligamentos cruzado posterior, colateral medial e lateral sem alterações.

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

Mínima efusão sinovial intra-articular.

Mínima efusão no recesso gastrocnêmio medial/semimembranoso.

Edema dos planos adiposos profundos.

Estudo documentado em filmes e gravado em CD, em anexo, inclusive as sequências e planos adicionais.

  
Dr. Francisco de Carmo Neto  
CRM 22.103  
RQE 16.492**SANTAC SANTA CASA**

Av. Nossa Senhora do Rocío, 1165  
Fone: (43) 3523-1944 - Fax: (43) 3523-1093  
CEP 86300-000 - Cornélio Procopio - PR  
e-mail: santac@onda.com.br