

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

Daniel Balonecker Thuler

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 + lesão med. e lateral +
Osteocondral joelho

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-___	___	Reparo menisco	2	___
03-___	___	Osteocondroplastia	1	___
04-___	___	Transposição de mais de 1 tendão	1	___
05-___	___	Taxa de vídeo	1	___
06-___	___	___	___	___
07-___	___	___	___	___
08-___	___	___	___	___
09-___	___	Torniquete	1	___
10-___	___	Protocolo de interferência laser	1	___
11-___	___	Linha de shaver	1	___
12-___	___	Kit suture crossfix	13	___

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

46 - Data da Solicitação

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Guilherme L.M. Piovesana

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Joelho

CRM-PR 30165 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome Paciente: DANIEL BALONECKER THURLER
Data Nasc.: 17/10/1979
Data Exame: 07/08/2023
Médico Solicitante: DR. ROBERTO G. GASPARELLI

Id: 29229

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

Moderado derrame articular.

Patela tópica e com morfologia do tipo III de Wiberg.

Gordura de Hoffa preservada.

Rotura envolvendo todos os segmentos do menisco medial, caracterizada pelo hipersinal linear, horizontal / oblíquo, que se estende para as margens superior e inferior.

Rotura do corpo do menisco lateral, caracterizada pelo hipersinal linear, horizontal / oblíquo, que se estende para a margem livre.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com sinal e continuidade preservados.

Pequena erosão e alteração de sinal na cartilagem articular que reveste o aspecto posterior do côndilo femoral medial, medindo 3 mm, com edema subcondral.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal da medula normais.

Tendões quadríceps, patelar, poplíteo e bicipital íntegros.

Tendões da "pata de ganso" e trato iliotibial com sinal preservado.

Fossa poplíteia de aspecto habitual.

Impressão diagnóstica:

Derrame articular.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Rotura de ambos os meniscos.

Pequena lesão osteocondral no aspecto posterior do côndilo femoral medial.



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



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