

*Roberto G. Gasparelli*

1 - Registro ANS 343269	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 <i>Carina M. Doming</i>		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 <i>Unimed -</i>	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 <i>Lesão Lig. Cruzado Lateral e Menisco anterior Reconstr. Ligamento Anterior e Reparo Menisco.</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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- _____	30733073	Reconstr. Lig. Cruzado	01	_____	
02- _____	30731216	Transparência de O. Menisco	01	_____	
03- _____	30733065	Reparo do Menisco	01	_____	
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  <i>Dr. Roberto G. Gasparelli Ortopedia e Traumatologia</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paciente: LARISSA MATTOS DINIZ

ID: 294136

Idade: 33 anos

Sexo: Feminino

Data/Hora Exame: 13/05/2023 09h53

Data Nasc.: 17/09/1989

Dr.(a): PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI -  
CRM/PR 38243

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

### Técnica:

Exame realizado nos planos sagital, coronal e axial usando-se técnicas T2, T2 FS e PD.

### Laudos:

- Discreta amputação da margem livre do menisco medial.
- Menisco lateral íntegro.
- Rotura completa do ligamento cruzado anterior.
- Ligamento cruzado anterior íntegro, visualizadas suas duas bandas.
- Ligamento cruzado posterior íntegro.
- Ligamentos colaterais medial e lateral íntegros.
- Mínimos focos de condromalácia grau II nos compartimentos femorotibial medial e lateral.
- Superfícies articulares condrais e subcondrais da patela e da tróclea preservadas.
- Retináculos patelares preservados.
- Tendão patelar e quadríceps preservados.
- Discreto edema da gordura de Hoffa.
- Discreta efusão líquida sinovial distendendo a bursa supra patelar.
- Fossa poplítea livre.
- Demais grupos musculares e tendões sem alterações.

### Conclusão:

- Discreta amputação da margem livre do menisco medial.
- Rotura completa do ligamento cruzado anterior.
- Mínimos focos de condromalácia grau II nos compartimentos femorotibial medial e lateral.
- Discreto edema da gordura de Hoffa.
- Discreta efusão líquida sinovial distendendo a bursa supra patelar.



Dr. Jefferson Luiz Padilha  
CRM / PR 13482  
RQE 9972

Responsável Técnico: Dr. Jefferson Luiz Padilha - CRM-PR 13482/RQE 9972- Serviços de Radiodiagnóstico: CRM-PR 2064