

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

00500000 3018 7179

8 - Validade da Carteira

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

9 - Atendimento a RN

\_\_\_\_

50 - Nome Social

RAQUEL MUNGO REINADO

10 - Nome

\_\_\_\_

**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

UNIONTE

21 - Data sugerida para internação

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

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

9

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_\_

28 - Indicação Clínica

LUXAÇÃO RECIDIVANTE PATELA  
ESQUERDA. LESÃO CRÔNICA LPEM,  
LESÃO OSTEOCARTILAGINOSA PATELA.  
TACIT 20,5mm, TROClea TIPO B

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)

CATON 1,0

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01 -	3073 3103	RECONSTRUÇÃO DO LPEM	____	____
02 -	3073 1119	ENFERM T. FLEXOR	____	____
03 -	3073 3049	OSTEOCARTILAGINOSA	____	____
04 -	3072 5151	OSTEOTOMIA FEMUR. (TROClea PASTIA)	____	____
05 -	3072 7162	OSTEOTOMIA TIBIA (MEDIALIZAÇÃO TAT)	____	____
06 -	____	____	____	____
07 -	____	1 TAXA VIDEO	____	____
08 -	____	1 LAMA SHAVEL	____	____
09 -	____	1 RADIOFREQUENCIA	____	____
10 -	____	1 PANTFRO INTERFERENCIA	____	____
11 -	____	2 <del>PARAFUSOS</del> ANCORAS MONTADA	____	____
12 -	____	2 PARAFUSOS HEBELT JUGGEWOT	____	____
13 -	____	3 PARAFUSOS CORTICIS PED. FLEXORES	____	____

**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. Joao Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 30617

46 - Data da Solicitação

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

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

\_\_\_\_

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_

Nome: RAQUEL MUNGO PEINADO  
Paciente: 7701152 Data Exame: 29/04/2024  
Data Nasc: 14/04/2003

### TAGT - PROTOCOLO DE LYON (JOELHO ESQUERDO)

#### Técnica:

Realizadas aquisições axiais volumétricas, com posteriores reconstruções multiplanares.  
As aquisições foram realizadas com o joelho em extensão, com contração e com flexões de 15 e 30 graus.

#### Análise:

Displasia patelofemoral, caracterizada por tróclea rasa, com hipoplasia medial e pequeno esporão supratrocLEAR, associada a patela com faceta medial curta e convexa.

Patela normoposicionada, segundo o índice de Caton-Deschamps.

Patela subluxada lateralmente, evidenciando redução com 15 grau deflexão.

Patela inclinada lateralmente com joelho em extensão e com flexões de 15 e 30 graus.

TA-GT: 20,5 mm.

Demais estruturas ósseas com morfologias e alinhamentos normais.

Espaços articulares preservados, sem derrame significativo.

Planos mioadiposos sem alterações detectáveis ao método, destacando-se sua limitação.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

#### Conclusão:

Displasia patelofemoral.

Patela subluxada lateralmente, evidenciando redução com 15 grau deflexão.

Patela inclinada lateralmente com joelho em extensão e com flexões de 15 e 30 graus.

TA-GT: 20,5 mm.



Marcelo Garcia Marini

27505-PR

Apucarana | 4000-1457  
Arapongas | 43 3011-0003  
Londrina | 4000-1457

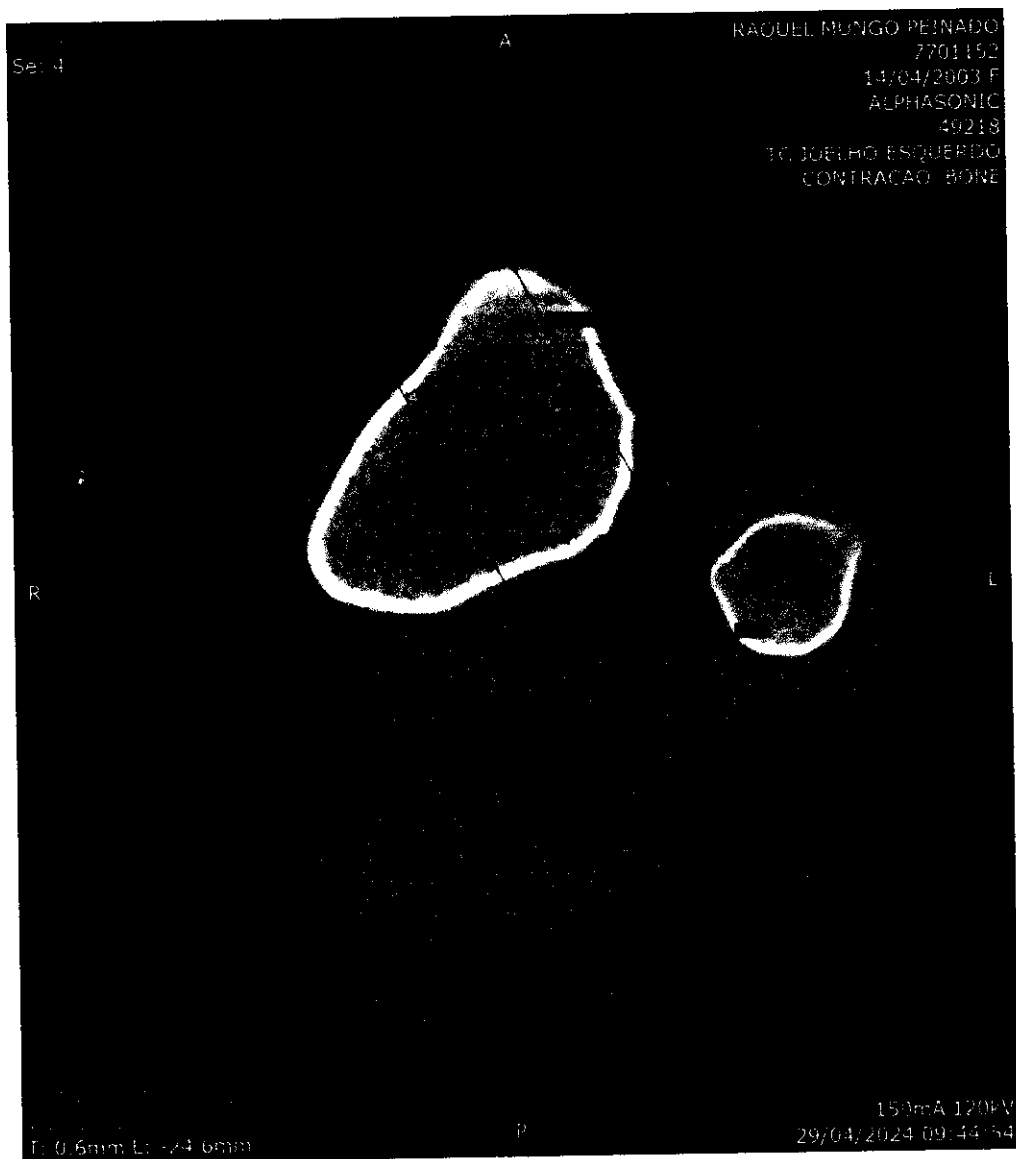
4000-1457  
43 99629-4569  
43 4000-1457

Cambe | 4000-1457  
Curitiba | 41 3312-1300  
Iracarezinho | 43 3525-4661

4000-1457  
41 99970-2424  
43 3525-8867 | 43 99915-0726

Nome: RAQUEL MUNGO PEINADO  
Paciente: 7701152 Data Exame: 29/04/2024  
Data Nasc: 14/04/2003

**TAGT - PROTOCOLO DE LYON (JOELHO ESQUERDO)**





Marcelo Garcia Marini

27505-PR

Apucarana | 4000-1457  
Arapongas | 43 3011-0003  
Londrina | 4000-1457

| 4000-1457  
| 43 99629-4569  
| 43 4000-1457

Cambe | 4000-1457  
Curitiba | 41 3312-1300  
Jacarezinho | 43 3525-4661

| 4000-1457  
| 41 99970-2424  
| 43 3525-8867 | 43 99915-0226

Nome: RAQUEL MUNGO PEINADO  
Paciente: 7701152 Data Exame: 29/04/2024  
Data Nasc: 14/04/2003

**TAGT - PROTOCOLO DE LYON (JOELHO ESQUERDO)**





Marcelo Garcia Marini  
27505-PR

Apucarana | 4000-1457  
Arapongas | 43 3011-0003  
Londrina | 4000-1457

| 4000-1457  
| 43 99629-4569  
| 43 4000-1457

Cambe | 4000-1457  
Curitiba | 41 3312-1300  
Fazarezinha | 43 3525-4661

| 4000-1457  
| 41 99970-2424  
| 43 3525-8867 | 43 99915-0726