

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

005 00000 576 22755

8 - Validade da Carteira

____/____/____

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

MARIA SOSE WAWANTO GAUCH

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

UNIPRTE

21 - Data sugerida para internação

____/____/____

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

U

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO MEBICO E CRISTALINA
JOELHO DIREITO

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-____	30X33065	LEBANO MEBICO	____	____
02-____	30X33049	OSTEOCESAO RASTIA	____	____
03-____	30X33103	REPLASE PATEA	____	____
04-____	____	____	____	____
05-____	____	1 TAXA VIDEO	____	____
06-____	____	1 CAMA SHAWER	____	____
07-____	____	____	____	____
08-____	____	1 RADIO PRETORINA	____	____
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

46 - Data da Solicitação

____/____/____

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. João Paulo
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Atendimento 16857

Data: 09/05/2023

Paciente MARIA JOSE NAVARRO GALUCH

Idade: 62

Solicitante JULIO CESAR BORIN

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA DO EXAME: Exame de ressonância magnética do joelho direito, sendo obtidas imagens nas seguintes sequências: SAG SE T1 e T2 OBLI, SAG STIR, COR STIR, COR SE T2 OBLIQUO, AXIAL STIR, AXIAL SE T2.

RESULTADO: As sequências realizadas evidenciaram:

Redução do espaço articular femorotibial medial com leve afilamento condral

Rotura horizontal em corno posterior do menisco medial com sinais de peri-meniscite ✓

Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal normais.

Rotura parcial do ligamento cruzado anterior.

Ligamento cruzado posterior íntegro, sem anormalidade de sinal.

Ligamento colateral medial afilado difusamente com líquido livre adjacente

Estruturas do canto póstero-lateral íntegros, sem anormalidades de sinal.

Fossa poplítea sem alterações.

Patela normoposicionada, sem sinais de inclinação lateral. Fissuras condrais profundas na faceta medial (Condropatia grau 3).

Retináculos íntegros. Prega para-patelar que se insinua no compartimento patelo-femoral medial

Mínimo derrame articular.

Bursite pré-patelar.

Tendão quadriciptal e patelar de aspecto normal. Gordura de Hoffa sem alterações.



Henrique de Castro
CRM: 30676 - PR
Médico Radiologista
Revisor



Luciana Lopes dos Santos - Médica Radiologista
CRM: 22519 - PR
Médica Radiologista
Laudador

Atendimento 16857

Data: 09/05/2023

Paciente MARIA JOSE NAVARRO GALUCH

Idade: 62

Solicitante JULIO CESAR BORIN

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA DO EXAME: Exame de ressonância magnética do joelho direito, sendo obtidas imagens nas seguintes sequências: SAG SE T1 e T2 OBLI, SAG STIR, COR STIR, COR SE T2 OBLIQUO, AXIAL STIR, AXIAL SE T2.

RESULTADO: As sequências realizadas evidenciaram:

Redução do espaço articular femorotibial medial com leve afilamento condral

Rotura horizontal em corno posterior do menisco medial com sinais de peri-meniscite ✓

Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal normais.

Rotura parcial do ligamento cruzado anterior.

Ligamento cruzado posterior íntegro, sem anormalidade de sinal.

Ligamento colateral medial afilado difusamente com líquido livre adjacente

Estruturas do canto póstero-lateral íntegros, sem anormalidades de sinal.

Fossa poplítea sem alterações.

Patela normoposicionada, sem sinais de inclinação lateral. Fissuras condrais profundas na faceta medial (Condropatia grau 3).

Retináculos íntegros. Prega para-patelar que se insinua no compartimento patelo-femoral medial

Mínimo derrame articular.

Bursite pré-patelar.

Tendão quadriciptal e patelar de aspecto normal. Gordura de Hoffa sem alterações.



Henrique de Castro
CRM: 30676 - PR
Médico Radiologista
Revisor



Luciana Lopes dos Santos - Médica Radiologista
CRM: 22519 - PR
Médica Radiologista
Laudador