

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

005 000 000 634 2364

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Anderson Augusto

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Ruptura de ligamento lateral + Condromatose
Joelho (E)

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- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Reparo Medial
Condromatose
Tira de video

1

02- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1

03- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1

04- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

06- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

07- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

08- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ligamento de shaver
Radiofrequencia

1

09- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1

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

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM-PR 30165 / RCT 14543

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: ANDREIA MASSAKO ITO**Idade: 42 anos****Sexo: Feminino****Data Nasc.: 01/07/1981****Dr.(a): Paulo Marcel Yoshii - CRM/PR 18504****ID: 1054679****Data/Hora Exame: 26/07/2023 16h51****RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO****INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** Dor e inchaço há 4 meses.**TÉCNICA DE EXAME:** Exame realizado com sequências multiplanares spin echo ponderadas em T1, DP ou T2, ora com saturação da gordura ou com STIR, sem a infusão do contraste endovenoso.**Obs.:** Foi colocado um marcador no local da dor apontado pela paciente (em partes moles anteriores pré patelares, a nível da interlinha articular).**INTERPRETAÇÃO:**

- Ângulo da tróclea femoral de 153° (média normal de 142°). Relação tendão patelar/patela de 1,0 segundo Caton.
- Discreta alteração de sinal do corpo e corno posterior do menisco medial sem extensão articular evidente.
- Rotura articular horizontal/oblíqua do corno anterior do menisco lateral com extensão para a raiz meniscal anterior.
- Degeneração/lesão parcial da porção superior do ligamento colateral lateral.
- Ligamentos cruzado posterior e colateral medial sem alterações.
- Ligamento cruzado anterior com sinal de ressonância magnética preservado.
- Tendão do músculo quadríceps, tendão patelar e do músculo poplíteo sem alterações.
- Discreto derrame articular.
- Retináculos patelares medial e lateral preservados. Não há sinais de lateralização patelar.
- Varicosidades caracterizadas.
- Gordura de Hoffa com sinal habitual.

Continua...

Dra. Susi Tagima
RQE - 8629
CRM / PR 13389

Paciente: ANDREIA MASSAKO ITO

Idade: 42 anos

Sexo: Feminino

Data Nasc.: 01/07/1981

Dr.(a): Paulo Marcel Yoshii - CRM/PR 18504

ID: 1054679

Data/Hora Exame: 26/07/2023 16h51

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO

INTERPRETAÇÃO:

- Fossa poplíteia de aspecto normal.

- Heterogeneidade do sinal da medular do fêmur distal e da tibia proximal, notando-se zonas de sinal intermediário de permeio.

- Demais estruturas ósseas com morfologia e características de sinal de ressonância magnética preservados.

Avaliação condral:

- Côndilo femoral medial e lateral, platô tibial medial e lateral, patela e tróclea femoral com espessura e sinal preservados.

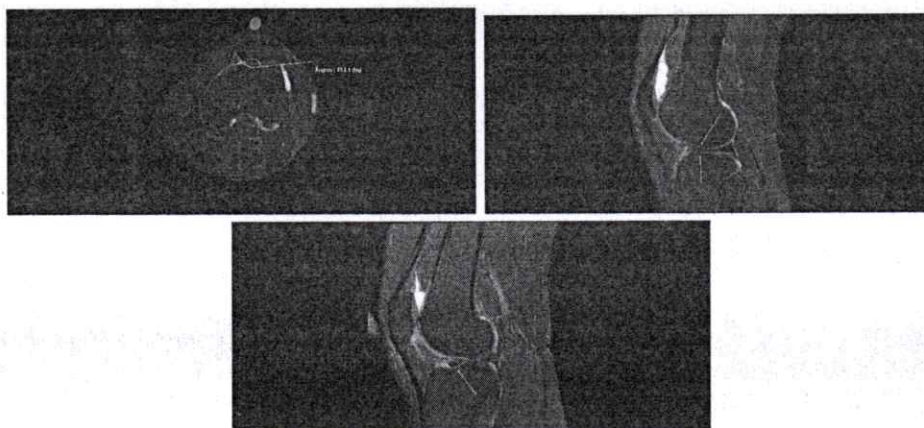
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Discreta alteração de sinal do corpo e corno posterior do menisco medial sem extensão articular evidente, que deve se tratar de degeneração sem rotura.

- Rotura articular horizontal/oblíqua do corno anterior do menisco lateral com extensão para a raiz meniscal anterior.

- Degeneração/lesão parcial do ligamento colateral lateral.

- Sinais de displasia patelo femoral.



Dra. Susi Tagima
RQE - 8629
CRM / PR 13389