

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

0 11 7 000 000 191 583 3

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Noemi Oliveira de Lima

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 905

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

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor + instabilidade articular
Joelho esquerdo melhora c/
trt clínico

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M23.5

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	3073 3073	VINCO p/ LCA	01	
02				
03				
04	3073 3065	VINCO p/ menisco	02	
05	3073 3049	VINCO p/ osteo condrogel		
06				
07	3073 1216	Transposicao + 1 link		
08				
09				
10				
11				
12				

PA e anodolone v/
proprio interferon Biohserm
01

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

NOME: NOEMI DE OLIVEIRA DE LIMA
NOME SOCIAL:
DATA NASC.: 09/04/1971 51A
CONVÊNIO: Unimed
MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) MARCELO E G SCHIAVON
Protocolo ClickVita: 1026385244 Senha: 157607

REGISTRO: 57607

DATA: 03/04/2023
SEXO: Feminino
CRM: 15847

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO

INDICAÇÃO CLÍNICA/QUEIXA PRINCIPAL: Lesão de LCA.

MÉTODO: Exame realizado com a sequência FSE com cortes multiplanares de 3,0 e 4,0 mm de espessura.

ANÁLISE:

Rotura completa do ligamento cruzado anterior, com indefinição das suas fibras na região intercondilar.

Ligamento cruzado posterior verticalizado, porém, íntegro.

Estiramento do ligamento colateral lateral, com edema periligamentar, sem descontinuidades.

Ligamento colateral medial íntegro.

Rotura radial transfixante com desinserção completa da raiz posterior do menisco lateral, com perimeniscite.

Rotura radial transfixante com desinserção completa da raiz/corno posterior do menisco medial, com perimeniscite e extrusão do remanescente meniscal em relação à interlinha articular.

Área de contusão óssea com fratura impactada no terço posterior do platô tibial lateral, sem desalinhamentos.

Há, também, edema ósseo pós-contusional subjacente às espinhas tibiais.

Artropatia degenerativa femorotibial medial, com esboços osteofitários marginais e afilamento condral nas áreas de carga, sem alteração do osso subcondral.

Condropatia da patela e da tróclea femoral, caracterizada por irregularidade dos contornos e afilamento difuso da cartilagem hialina de revestimento, com fissuras condrais profundas no sulco e faceta medial da tróclea e no vértice e início da faceta medial da patela, sem alteração do osso subcondral.

Moderado derrame articular com sinovite.

continua . . .

NOME: NOEMI DE OLIVEIRA DE LIMA
NOME SOCIAL:
DATA NASC.: 09/04/1971 51A
CONVÊNIO: Unimed
MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) MARCELO E G SCHIAVON
Protocolo ClickVita: 1026385244 Senha: 157607

REGISTRO: 57607

DATA: 03/04/2023
SEXO: Feminino
CRM: 15847

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO

Cisto poplíteo de Baker alongado e lobulado, medindo até 6,0 cm, com sinais de rotura capsular no seu terço inferior.

Demais superfícies condrais e estruturas ósseas preservadas.

Feixes neurovasculares com trajetos livres.

Demais planosmiotendíneos preservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Rotura completa do ligamento cruzado anterior.
- Rotura nos meniscos medial e lateral.
- Derrame articular com sinais de sinovite.
- Leve artropatia degenerativa femorotibial medial.
- Área de contusão óssea com fratura impactada no terço posterior do platô tibial lateral.
- Condropatia profunda femoropatelar.
- Demais achados pormenorizados acima.



Dr. Eder Prado Gomes
CRM-SP 132132



Dra. Alina de Almeida Bastos
RADIOLOGISTA
CRM 42270
RQE 30.104

Inscrição de Pessoa Jurídica sob CRM nº 2119

Responsável Técnico: Dra. Paula Nicolli Soares CRM-PR 12751