|   |  | Guia no Prestador                 | 2                                   |
|---|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Unimed A  | DE INTERNAÇÃO  | Mank                              |                                     |
| Londrina  |  | MUGEM-                            |                                     |
| - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Oper         | adora  |                                   |                                     |
| - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Oper         |  |                                   |                                     |
| - Data da Autorização 5 - Senha                               |  | 6 – Data de Valida                | 8 9                                 |
|   |  |                                   |                                     |
| ados do Beneficiário  |  | 9-Atendimento                     | a RN                                |
| - Número da Carteira<br>00 \ 000 00 3553820                   | 8 - Validade da Carteira                               |                                   |                                     |
|   |  |                                   |                                     |
| O-Nome Social Take (Elleria                                   | 20010  |                                   |                                     |
| )-Nome  |  |                                   |                                     |
|   | care to a wet areserva                                 |                                   |                                     |
| ados do Contratado Solicitante                                | Nome do Contratado                                     |                                   |                                     |
| 2 – Código na Operadora                                       |  |                                   |                                     |
| 4 - Nome do Profissional Solicitante                          | 15 - Conselho 16 - Número no Conselho                  |                                   | 17 - UF 18 - Código CBO             |
| A A A A CA S A VA CA  | Profissional   |                                   |                                     |
| Ordos do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação     |  |                                   | Data sugerida para internação       |
| 9- Código na Operadora / CNPJ                                 | 0 - Nome do Hospital/Local Solicitado                  | 21 - 1                            | Data sugerida para internação       |
|   | UMAN 36 PM   | avisão de USO de OPME 27 - P      |                                     |
| 22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime | e de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr | evisad de da de di Mic            |                                     |
|   | 4  |                                   |                                     |
| 28 - Indicação Clínica  |  | 7 0                               |                                     |
| 1-  | I maise  | O1 E 12                           |                                     |
| 1800 119  | of much sc   | 00102                             |                                     |
| 7   |  |                                   |                                     |
| bell  | Dr   |                                   |                                     |
| President   |  |                                   | 4                                   |
| 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31  | - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional)     | 33 - Indicação de Acidente (acide | nte ou doença relacionada)          |
| 29-CID 10 Principa (Opcional)                                 |  |                                   |                                     |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados              |  |                                   | tde Solic 38 – Qtde Aut             |
| 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - De              | _ 1  | 37 - 0                            | tde Solic So - Que Aut              |
| Prem'Assistencial 65  | Mas whish  |                                   |                                     |
| 01-   | 0 100  |                                   |                                     |
| 03-1  | LE VIVE  |                                   |                                     |
| 04-   | 2  |                                   |                                     |
| 05-  _  | t. ohover  |                                   |                                     |
| 06-   |  |                                   |                                     |
| 07-   |  |                                   |                                     |
| 08-1  | t remo morcal  | (H                                |                                     |
| 09-[  | Leunch   | rd (5)                            |                                     |
|   | Polerical  |                                   |                                     |
| 12-   | -  |                                   |                                     |
| Dados da Autorização  | as Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autoriza        | da                                |                                     |
| 39 - Data Provavel da Admissao Hospitalia                     |  |                                   |                                     |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado                    | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado               |                                   | 44 - Código CNES                    |
| 4Z - Codigo na Operación / Cier a actorizado                  |  |                                   |                                     |
| 45 – Observação / Justificativa                               | Marcus V. Danieli                                      |                                   |                                     |
| Dr. 1   | ija e <del>Ciruseja do Joelho</del>                    |                                   |                                     |
| Ortope  |  | 1                                 |                                     |
|   | RM/PR 18.734   | ( ) h                             |                                     |
| 46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profis                | CRM/PR 18.734  | ciárto ou Responsável 49-Assi     | natura do Responsável pela Autoriza |



Atendimento: 000003413109

ISABELA PELEGRINI ZAGATTO Paciente:

**TIAGO MORENO IKEDA** Solicitante:

Data:

12 anos

Nasc.:

Idade:

16/09/2010 15/09/2023

17:51

# RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

#### Técnica:

Exame realizado com sequências multiplanares FSE, ponderadas em T1, DP e T2, sem e com supressão de gordura.

### Relatório:

Cartilagem de revestimento da patela e da tróclea femoral preservadas.

Superfícies condrais femorotibiais mantidas.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Menisco medial com morfologia e sinal habituais.

Rotura em alça de balde do menisco com deslocamento do corno posterior junto do corno anterior (flipped menisco).

Tendão quadríceps e ligamento patelar íntegros.

Ausência de derrame articular em volume significativo.

Demais planos musculares e tendíneos preservados.

## Opinião:

Rotura do menisco lateral com volumoso fragmento meniscal deslocado.

Esta empresa respeita o meio ambiente e incentiva o consumo consciente de papel. Caso necessário, acesse e imprima o laudo de seu exame através de nosso site: www.omegadiagnosticos.com.br

Dr. Fernando Lukenczuk CRM-PR: 35.657 RQE: 28.930



Atendimento: 000003413109

Paciente:

Solicitante:

ISABELA PELEGRINI ZAGATTO

**TIAGO MORENO IKEDA** 

Idade:

12 anos

Nasc.: Data:

16/09/2010 15/09/2023

17:51

# RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

### Técnica:

Exame realizado com sequências multiplanares FSE, ponderadas em T1, DP e T2, sem e com supressão de gordura.

### Relatório:

Cartilagem de revestimento da patela e da tróclea femoral preservadas.

Superfícies condrais femorotibiais mantidas.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Menisco medial com morfologia e sinal habituais.

Rotura em alça de balde do menisco com deslocamento do corno posterior junto do corno anterior (flipped menisco).

Tendão quadríceps e ligamento patelar integros.

Ausência de derrame articular em volume significativo.

Demais planos musculares e tendíneos preservados.

## Opinião:

Rotura do menisco lateral com volumoso fragmento meniscal deslocado.

Esta empresa respeita o meio ambiente e incentiva o consumo consciente de papel. Caso necessário, acesse e imprima o laudo de seu exame através de nosso site: www.omegadiagnosticos.com.br

Dr. Fernando Lukenczuk CRM-PR: 35.657 RQE: 28.930