

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

865 000 177 36 14 111

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Filherme do S Penz

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. Daniel

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

lesões lesões joelho na

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S85.1

30 - CID 10 (Opcional)

31 - CID 10 (Opcional)

32 - CID 10 (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 -	30B 30B	reconstrução LCA	01	
02 -	30B 30B	transplante de LCA	01	
03 -	30B 30B	rx de LCA		
04 -		placa trocadora	01	
05 -		placa wky. mobiliz	01	
06 -		placa wky. mobiliz	01	
07 -		placa wky. mobiliz	01	
08 -		placa wky. mobiliz	01	
09 -		placa wky. mobiliz	01	
10 -		placa wky. mobiliz	01	
11 -		placa wky. mobiliz	01	
12 -		placa wky. mobiliz	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

Dr. Marcus V. Daniel

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM/PR 24.734

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



INSTITUTO DE RADIOLOGIA E ULTRASSOM

DR. JOSÉ DA LUZ

Rua Senador Salgado Filho, 144/150 - Fone (14) 3322-5413 - (14) 3322-2798 - CEP 19900-230 - OURINHOS - SP

Exame: 305860

Requisição: 207624

Cód. Paciente: 111866

Data: 25/07/2023

Convênio UNIMED

Paciente: GUILHERME DA SILVA PEREZ

Idade: 15A2M

Médico: DR. MARCEL SHUDI HARADA

Página: 1 / 2

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Comentários: As imagens de ressonância magnética foram obtidas nos planos Axial, Coronal e Sagital, com as sequências ponderadas em T1, DP e T2 com supressão de gordura, em aparelho de campo fechado (1,5 Tesla).

Indicação: Dor e edema após entorse.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior, caracterizado por indefinição de suas fibras, com edema e líquido em sua topografia.

Ligamento cruzado posterior íntegro e verticalizado.

Ligamentos colaterais com morfologia normal.

Impactações ósseas na região central do côndilo femoral lateral e região posterior do platô tibial lateral, com edema medular adjacente.

Meniscos íntegros.

Moderado derrame articular tibiofibular proximal, associado a edema periarticular.

Sinais de estiramento/lesão parcial nas fibras do tendão e músculo poplíteo, associado a edema e líquido adjacente.

Tendão quadríceps e ligamento patelar íntegros.

Patela tipo II de Wiberg.

Cartilagem de revestimento da patela com espessura normal.

---> Cont.

DR. FABIO MASSAAKI SUGUITA
CRM 112888
RQE 42517



INSTITUTO DE RADIOLOGIA E ULTRASSOM

DR. JOSÉ DA LUZ

Rua Senador Salgado Filho, 144/150 - Fone (14) 3322-5413 - (14) 3322-2798 - CEP 19900-230 - OURINHOS - SP

Exame: 305860

Requisição: 207624

Cód. Paciente: 111866

Data: 25/07/2023

Convênio UNIMED

Paciente: GUILHERME DA SILVA PEREZ

Idade: 15A2M

Médico: DR. MARCEL SHUDI HARADA

Página: 2 / 2

Moderado derrame articular.

Gordura de Hoffa sem alterações.

Estruturas musculares íntegras.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Impressão Diagnóstica:

- I. Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior, com edema e líquido em sua topografia.
- II. Impactações ósseas no côndilo femoral e platô tibial laterais.
- III. Estiramento/lesão parcial do tendão e músculo poplíteo, associado a edema e líquido adjacente.
- IV. Derrame articular tibiofibular proximal.
- V. Moderado derrame articular no recesso suprapatelar.

Correlacionar com o contexto clínico.

DR. FABIO MASSAAKI SUGUITA
CRM 112889
RQE 42517

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA 1.5 TESLA - TOMOGRAFIA MULTISLICE 16 CANAIS
ULTRASSONOGRFIA COM DOPPLER COLORIDO 3D / 4D MAMOGRAFIA DIGITALIZADA
DENSITOMETRIA ÓSSEA - RADIOLOGIA GERAL E CONTRASTADA