

*RAZION*

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

\_\_\_\_

8 - Validade da Carteira

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_\_

10 - Nome

*Selenio C. Krause*

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_\_

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

*Unioeste*

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

22 - Caráter do Atendimento

\_\_\_\_

23 - Tipo de Internação

\_\_\_\_

24 - Regime de Internação

\_\_\_\_

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

\_\_\_\_

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_\_

28 - Indicação Clínica

*Doença do joelho direito  
Educação médica e osteocartilaginosa*

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- ____    | 30733065   | <i>Videotuboscopia</i>    | <i>2</i>        | ____          |
| 02- ____    | 30733073   | <i>Reparo do menisco</i>  | <i>2</i>        | ____          |
| 03- ____    | 30733030   | <i>Osteocartilaginosa</i> | <i>01</i>       | ____          |
| 04- ____    | ____   | ____                      | ____            | ____          |
| 05- ____    | ____   | ____                      | ____            | ____          |
| 06- ____    | ____   | ____                      | ____            | ____          |
| 07- ____    | ____   | ____                      | ____            | ____          |
| 08- ____    | ____   | <i>L. Shaver</i>          | <i>01</i>       | ____          |
| 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

*Dr. Roberto G. Gasparelli  
Ortopedia e Traumatologia  
MA-PR 32.428 TEOT 15.389*



Atendimento: 000003053565

Paciente: SEVERINO EUFRASIO FRANCO

Solicitante: JOAO HENRIQUE COSTA  
CALEGARI

Idade: 59 anos

Data: 15/04/2023  
18:49

## 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:

Discreta artropatia degenerativa tricompartmental do joelho essencialmente caracterizada por condropatia grau II e osteófitos incipientes, pouco mais evidente no compartimento femorotibial medial e no vértice da patela.

Rotura oblíqua do corpo e corno posterior do menisco medial.

Menisco lateral íntegro, com morfologia e sinal preservados.

Ligamento cruzado posterior e colaterais íntegros, com morfologia e sinal preservados.

Sinais degenerativos do ligamento cruzado anterior, com cisto intraligamentar em sua origem, medindo 1,4 x 0,7 cm.

Tendão quadríceps e ligamento patelar de aspecto habitual.

Pequena quantidade de líquido articular no joelho, apresentando plica da gordura suprapatelar

Cisto de Baker com distensão líquida, apresentando-se de morfologia lobulada e medindo 4,0 x 2,0 cm, apresentando sinais de rotura parcial e determinando peritendinopatia da pata anserina.

### Impressão Diagnóstica:

Discreta artropatia degenerativa tricompartmental do joelho, pouco mais evidente no compartimento femorotibial medial e no vértice da patela.

Sinais degenerativos do ligamento cruzado anterior, com cisto intraligamentar em sua origem.

Pequena quantidade de líquido articular no joelho, apresentando plica da gordura suprapatelar

Cisto de Baker com distensão líquida apresentando sinais de rotura parcial determinando peritendinopatia da pata anserina.

**Dr. Adriano de Oliveira Pinto**  
CRM-PR: 30.637  
RQE: 2653