

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

000 5 000 00 6 253 54,97

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Felipe F. Sti.

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17905

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

União

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

Not + lumbago p/ NDS/
mellus cl. pto. Abdom.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M23.2

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

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

01- 3073 3065

02- 3073 3065

03- 3073 3065

04- 3073 3065

05- 3073 3065

06- 3073 3065

07- 3073 3065

08- 3073 3065

09- 3073 3065

10- 3073 3065

11- 3073 3065

12- 3073 3065

Vitro p/ muser

TX Vitro

Lumina shaver p/ muser

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

09/07/24

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

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
CRM/PR 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: FELIPE FESTI
Data de nascimento: 10/05/2010

Exame: RMN JOELHO DIREITO
Data do exame: 25/06/2024 13h41

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1, T2 e DP.

Análise:

Rotura longitudinal horizontal no corno posterior e transição com o corpo do menisco medial, que se estende para a superfície articular inferior.

Menisco lateral com morfologia e intensidade de sinal normais.

Displasia patelofemoral, caracterizada por tróclea rasa, associada a patela com a faceta medial curta.

Patela normoposicionada, sem inclinação significativa.

Espaços articulares preservados, sem derrame significativo.

Tendão do quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

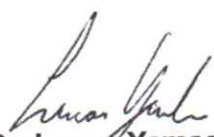
Demais estruturas ligamentares e musculotendíneas de aspecto habitual.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

Conclusão:

Rotura longitudinal horizontal no corno posterior e transição com o corpo do menisco medial, que se estende para a superfície articular inferior.


Dr. Lucas Yamada
CRM / PR 39279

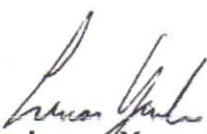
pág. 1/2



Nome: FELIPE FESTI
Data de nascimento: 10/05/2010

Exame: RMN JOELHO DIREITO
Data do exame: 25/06/2024 13h41

Displasia patelofemoral.



Dr. Lucas Yamada
CRM / PR 39279

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná
www.uniorte.com.br