

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

855 097 0063 53 1004

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

ROSA MARIA CARDOSO

10 - Nome

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

UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

ARTROSE GRAVE
JOELHO DIREITO

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- | | | PROTESE TOTAL | | |
| 02- | | | JOELHO | | |
| 03- | | | | | |
| 04- | | | | | |
| 05- | | | | | |
| 06- | | | 1 KIT PROTESE | | |
| 07- | | | TOTAL JOELHO | | |
| 08- | | | IMPORTADA | | |
| 09- | | | 2 PACOTES ORTEZA | | |
| 10- | | | | | |
| 11- | | | | | |
| 12- | | | | | |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

ORTOPÉDICO

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. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: ROSA MARIA CLAUDINO CANNARELLA
Data de nascimento: 05/04/1946

Exame: UNIMED- BC/ TNZS/ JOES/ OMBS
Data do exame: 13/06/2023 10h25

Redução no espaço subacromial.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Análise:

Redução difusa da densidade óssea.

Artropatia degenerativa na articulação acromioclavicular, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Esclerose óssea na tuberosidade maior do úmero e na porção subacromial.

Osteófitos marginais na porção inferior da articulação glenoumeral.

Redução no espaço subacromial.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

- Page 3/5



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

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

pág. 2/5



Nome: ROSA MARIA CLAUDINO CANNARELLA
Data de nascimento: 05/04/1946

Exame: UNIMED- BC/ TNZS/ JOES/ OMBS
Data do exame: 13/06/2023 10h25

Análise:

Redução difusa da densidade óssea.

Artropatia degenerativa tricompartmental, caracterizadas por reduções dos espaços articulares, osteófitos marginais e escleroses subcondrais.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Redução difusa da densidade óssea.

Artroplastia total no joelho, sem sinais de osteólise e/ou soltura.

Osteófitos marginais retropatelar.

Entesófito suprapatelar.

Patela baixa.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

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