

<b>Dados da Autorização</b> 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 _____ _____ _____			
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz CRM/PR 17905		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Maria Rosinda da Moura
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	

# ***Instituto de Medicina e Cirurgia de Bandeirantes LTDA.***

*Serviço de Radiologia*

*Laudo de Exame:*

Nome: Maria Aparecida da Silva Moreira  
DN: 28/03/1953  
Dr.(a): HENRIQUE  
Data: 18/05/2023  
Convênio: UNIMED

## **Raio X de Joelhos AP + Perfil**

Labições osteofitárias em côndilos femorais e planaltos tibiais.  
Redução dos espaços articulares femoropatelar e femorotibial sobretudo em compartimento medial.  
Entesófitos patelares.

Necessário correlação com o contexto clínico da paciente.

Ourinhos, 22 de Maio 2023.



---

Dr. José Alves da Luz  
CRM 7601