

Hospital
Evangelico



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

005 000 000 520 4979

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Liz Maria de O. Lima

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

M. S. S. - Anist

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

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

Intox. febre etc

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-	30.12.60.34	retroplastia total	01	
02-		febre		
03-				
04-				
05-				
06-				
07-		cat. proteica total febre	01	
08-		infecção		
09-				
10-				
11-		curativo de náuseas	02	
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. Marcus V. Danieli

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: LUIZ ANTONIO DE OLIVEIRA RAMOS
Data de nascimento: 11/06/1951

Exame: UNIMED-JOE E +AXIAL
Data do exame: 08/08/2023 17h41

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial medial.

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial lateral, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Calcificações nos meniscos lateral e medial.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

Análise:

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789