

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 0 601 201

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Saulo da Silva Frazz

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Uniofe

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. 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

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

tor + deformidade joelho
ess s/ molinho e 1to clique

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M17.9

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 -	30726034	A2 artroplastia total		
02 -		joelho ess		
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				
		Kr prótese total		
		joelho importada		

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

3mmar

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: SAULO DA SILVA FERRAZ
Data de nascimento: 03/03/1949

Exame: UNIMED - JOE + PT E
Data do exame: 28/08/2023 18h36

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

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

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

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

Análise:

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789