

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

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Apresentação de Entenda da Silva

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

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

Contusão (E)

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- ___

Atropia total de Joelho

02- ___

03- ___

04- ___

05- ___

06- ___

07- ___

08- ___

09- ___

K.A. Atropia total Joelho

10- ___

11- ___

Cirurgia ortopédica

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

Guilherme L. M. Piovesana

46 - Data da Solicitação

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Cirurgia do Joelho

CRM-PR 20165 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: **APARECIDA DE FATIMA DA SILVA**
Data do nascimento: 09/04/1963
Data do exame: 01/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Análise:

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial medial.
Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.
Osteófitos marginais retropatelar.
Tecidos moles preservados.
Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial medial.
Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.
Osteófitos marginais retropatelar.
Entesófito suprapatelar.
Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA

Análise:

Osteófitos marginais retropatelar.
Leve lateralização no eixo axial da patela.

RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

Análise:

Osteófitos marginais retropatelar.
Leve lateralização no eixo axial da patela.