

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 000000 573 8817

8 - Validade da Carteira

____/____/____

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Alvaro da Cunha Bettioni

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

____/____/____

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

Dor + Deformidade Joelho Dor
SI melhora CI 1to Clima

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- [] | 30726034 | Artroscopia do joelho | [] | [] |
| 02- [] | | | [] | [] |
| 03- [] | | | [] | [] |
| 04- [] | | | [] | [] |
| 05- [] | | | [] | [] |
| 06- [] | | | [] | [] |
| 07- [] | | | [] | [] |
| 08- [] | | | [] | [] |
| 09- [] | | | [] | [] |
| 10- [] | | | [] | [] |
| 11- [] | | | [] | [] |
| 12- [] | | | [] | [] |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

____/____/____

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo de 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
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: ALVARO DA CUNHA BETTONI

Idade: 79 anos

Sexo: Masculino

ID: 181508

Data/Hora Exame: 11/10/2023 12h33

Data Nasc.: 03/01/1944

Dr.(a): Alexandre Provenza - CRM/PR 20381

RADIOGRAFIAS DO JOELHO E PATELA DIREITOS

Análise:

Artropatia degenerativa crônica tricompartmental, caracterizada por redução do espaço articular, esclerose/cistos ósseos subcondrais, e osteófitos marginais.

Focos de calcificações projetados em partes moles supra patelar, com características sugestivas de osteocondromatose secundária.

Eixo axial da patela preservado.

Ausência de sinais de fraturas.


Dr. Fernando Jundi Itimura Yagui
CRM / PR 32386

Paciente: ALVARO DA CUNHA BETTONI

Idade: 79 anos

Sexo: Masculino

Data Nasc.: 03/01/1944

Dr.(a): Alexandre Provenza - CRM/PR 20381

ID: 181508

Data/Hora Exame: 11/10/2023 12h30

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES

Análise:


Geno varo bilateral.

Redução dos espaços articulares nos compartimento fêmoro tibial medial bilateralmente, e fêmoro tibial lateral à direita.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares preservados.

Tecidos moles preservados.

Ausência de fraturas.


Dr. Fernando Jundi Itimura Yagui
CRM / PR 32386