

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

978 900 5 00 747 294 6

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Edson Romualdo do Santos

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. Daniel

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

Cemote

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Atrox fall ar

29 - CID 10 Principal (Opcional)

MKE

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- 3076034

Atrox fall

01

02-

03-

04-

05-

06-

07-

08-

09-

10-

11-

12-

Kit protea total

01

Cemote e metformina

02

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. Daniel

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: EDSON ROMUALDO DOS SANTOS
Data de nascimento: 06/06/1954

Exame: UNIMED-JOE D +AXIAL
Data do exame: 18/12/2023 15h35

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Análise:

Artropatia degenerativa tricompartmental, caracterizadas por reduções dos espaços articulares, osteófitos marginais e escleroses subcondrais.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA

Análise:

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

Leve lateralização no eixo axial da patela.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná
www.uniorTE.com.br



Nome: EDSON ROMUALDO DOS SANTOS
Data de nascimento: 06/06/1954

Exame: UNIMED-JOE D +AXIAL
Data do exame: 18/12/2023 15h35

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Análise:

Artropatia degenerativa tricompartimental, caracterizadas por reduções dos espaços articulares, osteófitos marginais e escleroses subcondrais.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA

Análise:

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

Leve lateralização no eixo axial da patela.

Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná
www.uniorte.com.br