

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 000 5 000 000 69.6389 0						8 - Validade da Carteira _/_/___/___			9-Atendimento a RN 				
50 - Nome Social													
10 - Nome <u>Fernando Eduardo Henrique</u>													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora _____						13 - Nome do Contratado _____							
14 - Nome do Profissional Solicitante <u>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</u> <small>Ortopedista CRM/PR 17905</small>						15 - Conselho Profissional 		16 - Número no Conselho <u>17905</u>		17 - UF 		18 - Código CBO 	
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação													
19- Código na Operadora / CNPJ _____						20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <u>União</u>			21 - Data sugerida para internação _/_/___/___				
22 - Caráter do Atendimento 		23-Tipo de Internação 		24 - Regime de Internação 		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <u>03</u>		26 - Previsão de uso de OPME 		27 - Previsão de uso de quimioterápico 			
28 - Indicação Clínica <u>fort Deforumbelle Jovens SI melhuo c/ lto clumo</u>													
29-CID 10 Principal (Opcional) <u>M17.9</u>		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				
	<u>30.726034</u>	<u>Artroplastia total</u>											
		<u>Jovens Bil</u>						<u>02</u>					
		<u>Lit protese total</u>						<u>02</u>					
		<u>jovens uniprotese</u>											
		<u>Zimmer</u>											
Data da Autorização													
- Data Provável da Admissão Hospitalar _/_/___/___				40 - Qtde. Diárias Autorizadas 				41 - Tipo da Acomodação Autorizada 					
- Código na Operadora / CNPJ autorizado _____						43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 			44 - Código CNES 				
- Observação / Justificativa 													
Data da Solicitação _/_/___/___		Assinatura do Profissional Solicitante <u>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</u> <small>Ortopedista CRM/PR 17905</small>				48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <u>[assinatura]</u>			49-Assinatura do Responsável pela Autorização 				

Nome: FERNANDO EDUARDO HENRIQUE
Data de nascimento: 12/07/1981

Exame: UNIMED- JOE D-E/ PT D-E
Data do exame: 01/07/2024 14h39

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Análise:

Joelho valgo.

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.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Joelho valgo.

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



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789