

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

151 00000 300 7 3 2 14

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Guiz Augusto Lima Cintra

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Alexandre de Oliveira Queiroz

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 905

17 - UF

18 - Código CBO

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

União

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

Trt + Refor unidado Joao  
SI melhuo c/ 2to clíma

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 -	30 72 60 34	Artroplastia total		
02 -		Joelho		
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -		Artroplastia total		
09 -		Joelho		
10 -				
11 -				
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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: LUIZ AUGUSTO PARRA CINTRA  
Data de nascimento: 06/03/1953

Exame: UNIMED-JOE D +AXIAL  
Data do exame: 10/05/2024 09h51

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

#### **Análise:**

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

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Entesófito suprapatelar.

Imagem ovalada, radiopaca, projetada na porção anterior do compartimento femorotibial.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**