

**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

1 - Registro ANS <b>31.292-4</b>		3 - Data da Autorização ____/____/____		4 - Senha ____		5 - Data Validade da Senha ____/____/____		6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira <b>0100 4837 900 11283</b>				8 - Plano <b>Saúde CAIXA</b>		9 - Validade da Carteira ____/____/____			
10 - Nome <b>Roseli de Fátima Roma Monteiro</b>						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____			
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____				13 - Nome do Contratado ____				14 - Código CNES ____	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM: 17905</i>				16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		17 - Número no Conselho <b>17 905</b>		18 - UF ____	
19 - Código CBO S ____									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20 - Código na Operadora / CNPJ ____				21 - Nome do Prestador ____					
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência				23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>03</b>					
26 - Indicação Clínica <b>Doença degenerativa de Jaqueiro Dr</b> <b>St. melho e do clama</b>									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias				29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal <b>M17</b>		31 - CID 10 (2) ____		32 - CID 10 (3) ____		33 - CID 10 (4) ____			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut	
1- <b>3072</b>		<b>6034</b>		<b>Artroplastia Total</b>				<b>Jaqueiro</b>	
2- _____		_____		_____				_____	
3- _____		_____		_____				_____	
4- _____		_____		_____				_____	
5- _____		_____		_____				_____	
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde. 43 - Fabricante		44 - Valor Unitário R\$	
1- _____		_____		<b>Componente femur</b>		<b>01</b>		<b>01</b>	
2- _____		_____		<b>Componente fíbula</b>		<b>01</b>		<b>01</b>	
3- _____		_____		<b>Proteção</b>		<b>01</b>		<b>01</b>	
4- _____		_____		<b>Proteção</b>		<b>01</b>		<b>01</b>	
5- _____		_____		<b>Proteção</b>		<b>01</b>		<b>01</b>	
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____				46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		47 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>(Stryker)</b>			
48 - Código na Operadora / CNPJ ____				49 - Nome do Prestador autorizado ____				50 - Código CNES ____	
51 - Observação _____ _____ _____									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM: 17905</i>			53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ <b>Roseli L. Roma</b>			54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____			

Nome: ROSELI DE FATIMA ROMA MONTEIRO  
Data de nascimento: 14/11/1963

Exame: CAIXA - JOE + PT D  
Data do exame: 10/04/2023 15h47

### **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.

Ausência de sinais de fraturas.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

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](http://www.uniorte.com.br)