



Fundação de Seguridade Social

## PEDIDO DE INTERNAÇÃO

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

01 - Nome do Paciente Leonice Luzin Antoninssi Vargas			02 - Número da Carteira		
03 - IDADE	04 - SEXO ( ) MASC ( ) FEM.	05 - SITUAÇÃO ( ) Titular/pensionista ( ) Dependente	06 - Endereço do paciente (RUA/CIDADE-UF/CEP)		FONE:
07 - Nome do Titular			08 - Plano		

## DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

09 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		10 - Nome do Contratado	
11 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		12 - 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	
13 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		14 - Qtde. Diárias Solicitadas	
15 - Tipo de Acomodação ( ) Apartamento ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Day-Clinic		16 - Indicação Clínica Monitore (E)	
17 - Hipóteses Diagnósticas		18 - CID 10 Principal	

## PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic	23 - Qtde. Aut
1 -	30726034	Atroplastia Total Joelho	1	
2 -				
3 -				
4 -		Kit protese total Joelho	1	
5 -		Cinto ortopédico	1	
27 - Nome do Médico Solicitante Guilherme J. M. Piovesana Ortopedia e Traumatologia Clínica do Joelho CRM-PR 30165 / SBOT 14548		28 - Conselho / UF	29 - Data	Carimbo/Assinatura do Médico Solicitante

## DADOS DA AUTORIZAÇÃO

30 - SENHA/AUTORIZAÇÃO	31 - Tipo da Acomodação Autorizada	32 - Qtde. Diárias Autorizadas
33 - Observação		34 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: **LEONICE LUZIA ANTONIASSI VARGAS**

Data do nascimento: 29/11/1948

Data do exame: 30/05/2023

### RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

**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.

Tecidos moles preservados.


Ausência de sinais de fraturas.

### RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

**Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



---

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR