

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 5 000 000 506 900 1

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Rionei Galdino de Farias

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

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

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

Dor + Deformidade Joelho Gsx  
S/ melhora c/ 1to Clímax

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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	30 72 6 0 34	Artroplastia total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho Gsx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kr motora total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho Imobilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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  
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: DIONEI GALDINO DE FARIAS

Data de nascimento: 29/08/1957

Exame: UNIMED - JOELHOS + PATELAS

Data do exame: 28/08/2023 17h40

### RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

#### **Análise:**

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

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Entesófito suprapatelar.

Imagem ovalada, radiopaca, projetada na porção anterior do compartimento femorotibial (corpo livre?).

### RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

#### **Análise:**

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

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.



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

Nome: DIONEI GALDINO DE FARIAS  
Data de nascimento: 29/08/1957

Exame: UNIMED - JOELHOS + PATELAS  
Data do exame: 28/08/2023 17h40

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.



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