

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 31 46 6 2 9

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Maria Assunção Vieira Costa

11 - Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

E

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 em valgo  
Joelho esquerdo com fratura do  
fêmur proximal.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M129

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-         |  |                            |                 |               |
| 02-         | 30726039   | Azuphase total             |                 |               |
| 03-         |  | Joelho esquerdo            |                 |               |
| 04-         |  |                            |                 |               |
| 05-         |  |                            |                 |               |
| 06-         |  |                            |                 |               |
| 07-         |  |                            |                 |               |
| 08-         |  |                            |                 |               |
| 09-         |  |                            |                 |               |
| 10-         |  |                            |                 |               |
| 11-         |  |                            |                 |               |
| 12-         |  |                            |                 |               |
|             |  | Kit prótese total          |                 |               |
|             |  | Joelho esquerdo            |                 |               |
|             |  | 02 cimentos e antibióticos |                 |               |

**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

Paciente: **MARIA ASSUNCAO VIEIRA COSTA**

Data do nascimento: 19/05/1952

Data do exame: 19/08/2021

**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Artroplastia total no joelho, sem sinais de osteólise e/ou soltura.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Leve 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.

**RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Artroplastia total no joelho.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

**RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDO**

**Análise:**