

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 0005 00000 3606 2446	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Maura Inez Mantovanini de Aguiar		11 - Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora ____	13 - Nome do Contratado Uniofe
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 ____	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica

Dox + Defor michele pouco ess
sl molhuo cl da clama

29 - CID 10 Principal (Opcional) M79	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- _____	30726034	Artroplastia total	____	____
02- _____		Joelho	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		Kit prótese total	____	____
10- _____		Joelho importada	____	____
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 Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Jessiane Barreira
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____		

Nome: MARIA INEZ MANTOVANI DE AZEVEDO
Data de nascimento: 16/06/1938

Exame: UNIMED-JOE E +AXIAL
Data do exame: 23/10/2023 16h09

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Redução difusa da densidade óssea.

Moderada 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.

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

Entesófito suprapatelar.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

Análise:

Redução difusa da densidade óssea.

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



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789