

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 0976 700 1096 05009 1	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	
10 - Nome Leila Eli Steinbrenner da Reis	11 - Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unimed
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz CRM/PR 17905	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho 17905	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 Der + deformidade de joelho dir SI melhora c/ fisio Clínea

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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- _____	30726034	Atropina 1ml/10	____	____
02- _____		Joelho 12r	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		Kit pulsose total	____	____
10- _____		Joelho importado	____	____
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 CRM/PR 17905
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Leila Reis	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

Nome: LEILA ELI STEINBRENNER DOS REIS
Data de nascimento: 10/11/1961

Exame: UNIMED- JOES/ PTS
Data do exame: 28/09/2023 15h22

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.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Imagem ovalada, radiopaca, projetada adjacente a espinha tibial (Avulsão?).

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.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

Nome: LEILA ELI STEINBRENNER DOS REIS
Data de nascimento: 10/11/1961

Exame: UNIMED- JOES/ PTS
Data do exame: 28/09/2023 15h22

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

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