

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 000 000 14 5 7 8 2 1

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome

Marlene Taniel da Fonseca

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  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 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

Dor + incapacidade funcional  
João de 51 anos 4 20  
diária

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- ___	30726034	Artroplastia total	___	___
02- ___		João	___	___
03- ___			___	___
04- ___			___	___
05- ___			___	___
06- ___			___	___
07- ___			___	___
08- ___			___	___
09- ___			___	___
10- ___		Kit prótese total	___	___
11- ___		João importada	___	___
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  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_

NOME: MARLENE TAUIL DA FONSECA  
NOME SOCIAL:  
DATA NASC.: 12/09/1949 73A  
CONVÊNIO: Unimed  
MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) Marco A. P. de oliveira  
Protocolo ClickVita: 1026374458 Senha: 174040

REGISTRO: 74040

DATA: 19/10/2022  
SEXO: Feminino  
CRM: 85767

## RELATÓRIO

### RADIOGRAFIA DIGITAL (C.R.)

#### JOELHO DIREITO E ESQUERDO (A.P. COM CARGA/P.).

Estrutura óssea anatômica. Ausência de sinais radiográficos de traços de fratura apreciáveis radiologicamente.  
Diminuição difusa da densidade óssea.

Redução dos espaços articulares femorotibiais mediais, com leves alterações degenerativas nas superfícies de aposição.

Pequenos osteófitos femorotibiais laterais.

Proeminência das espinhas tibiais mediais.

Osteófitos marginais patelofemorais, com leves alterações degenerativas nas superfícies de aposição, mais evidentes à esquerda.

Aspecto levemente deslizado internamente de ambos os fêmures.

Tênuas milimétricas concreções radiopacas projetando-se femorotibial medial bilateral.

Presença de ossículo acessório (fabela) projetando-se na fossa poplíteica bilateral.

Obliteração dos coxins adiposos suprapatelares (edema/derrame).

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:** Sinais radiográficos compatíveis com:

- Osteoartropatia tricompartmental dos joelhos, predominando no compartimento femorotibial medial.
- Diminuição difusa da densidade óssea.

Digitado por: Erick



Dra. Paula Nicolli Soares  
RADIOLOGISTA  
CRM 12751  
RQE 5.864