

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

8650003595695001

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Kenildo W. Chozik

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. Danieli

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Uniate

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

Atrofia fclh OR e
ptise femoral ER

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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 | 3026034 | atrofia fclh OR | 01 | |
| 02 | 3026034 | ptise femoral ER | 01 | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | kit ptise fclh OR | 01 | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | ptise ptise ER | 01 | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | cinato | 02 | |

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. Marcus V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: HERALDO WAGNER CHUDZIK
Data de nascimento: 25/08/1964

Exame: UNIMED-JOE D+E +AXIAL
Data do exame: 12/12/2023 11h34

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.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

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

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789