

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

0 975 000 00 1418489 C

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Divina Muniz C Hinata

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
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

Rev + Deformidade JA em Dr
Sl melhora cl de 10 dias

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

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|--------------------|-----------------|---------------|
| 01- [] | 30726034 | Artroplastia total | [] | [] |
| 02- [] | | Joelho 2x | [] | [] |
| 03- [] | | | [] | [] |
| 04- [] | | | [] | [] |
| 05- [] | | | [] | [] |
| 06- [] | | | [] | [] |
| 07- [] | | | [] | [] |
| 08- [] | | | [] | [] |
| 09- [] | | | [] | [] |
| 10- [] | | | [] | [] |
| 11- [] | | | [] | [] |
| 12- [] | | | [] | [] |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

Zimmer

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

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: **DIVINA MUNIZ HIRATA**

ID: 79228

Idade: **71 anos**

Sexo: **Feminino**

Data/Hora Exame: 17/07/2023 15h50

Data Nasc.: **24/11/1951**

Dr.(a): **Jamille Godoy Mendes - CRM/PR 23958**


RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Análise:

Artropatia degenerativa nos compartimentos femorotibial medial, femorotibial lateral e patelofemoral (tricompartimental), caracterizada por reações osteofitárias marginais, redução dos espaços articulares e escleroses subcondrais nos componentes.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas.


Dr. Jose Eduardo Colla
CRM / PR 28194