

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 0000 35436053	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Walter Martins Estreia Junior		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 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

Dur + incapacidade funcional  
Joelho esquerdo com melhora a longo prazo

29 - CID 10 Principal (Opcional) M179	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- _____	30726039	Artroplastia total	____	____
02- _____		Joelho	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____			____	____
10- _____			____	____
11- _____			____	____
12- _____			____	____

Kit prótese total  
joelho importada

**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: WALTER MARTINS ESTRA JUNIOR  
Data de nascimento: 25/06/1951

Exame: UNIMED - BC + JOE + PT E  
Data do exame: 30/03/2023 16h09

### **RADIOGRAFIA DA BACIA**

#### **Análise:**

Coxa profunda bilateral.

Tetos acetabulares proeminentes.

Osteófitos marginais nos tetos acetabulares.

Espaços articulares preservados.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

Flebolitos projetados na cavidade pélvica.

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

#### **Análise:**

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.

Osteófitos marginais retropatelar.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

Nome: WALTER MARTINS ESTRA JUNIOR  
Data de nascimento: 25/06/1951

Exame: UNIMED - BC + JOE + PT E  
Data do exame: 30/03/2023 16h09

Alteração na morfologia no platô tibial lateral (Sequelar?);

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
CRM / PR 33789