

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 086 5000 3 9699 4400 5	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	
10 - Nome Mario Gomes de Barros	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 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 U	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 + Deformidade em Unão + Insta Bulimia peso ex
--

29 - CID 10 Principal (Opcional) M23.9	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		36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
01- _____	3071.0049	Retrada Protose	____	____
02- _____		telu.	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____	3072.6034	Retratação telu	____	____
06- _____		jocau	____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		compensate fuma	____	____
10- _____		compensate fuma	____	____
11- _____		compensate fuma	____	____
12- _____		compensate fuma	____	____

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 Ortopedista CRM/PR 17905	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Mario Gomes de Barros	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____
--	---	---	---

Nome: MARIO GOMES DE BARROS
Data de nascimento: 27/05/1961

Exame: UNIMED PA-JOE E +AXIAL
Data do exame: 19/05/2023 08h50

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Artroplastia total no joelho, com área radioluciente adjacente ao comonente femoral (Lise /
soltura?).

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

Análise:

Artroplastia total no joelho.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789