



Caixa de Assistência  
dos Funcionários do  
Banco do Brasil

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS <b>ANS-nº34665-9</b>	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha _____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
--	---	--------------------	--	---

### DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome <b>Marcelo José Luciano Santos</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

### DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado ____	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante ____	16 - Conselho Profissional ____	17 - Número no Conselho ____
18 - UF ____		19 - Código CBO S ____

### DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirurgia <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____
26 - Indicação Clínica <b>Artrose - Da para atividades diárias; Incapacidade Funcional</b>	

### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ A - Anos ____ M - Meses ____ D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal ____	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____

### PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela 1-____ 2-____ 3-____ 4-____ 5-____	35 - Código do Procedimento ____	36 - Descrição <b>Artroplastia Total de Joelho</b>	37 - Qtde. Solic ____	38 - Qtde. Aut ____
---	-------------------------------------	---	--------------------------	------------------------

### OPM SOLICITADOS

39 - Tabela 1-____ 2-____ 3-____ 4-____ 5-____	40 - Código do OPM ____	41 - Descrição OPM <b>Artroplastia Total de Joelho - protótipo</b>	42 - Qtde. ____	43 - Fabricante ____	44 - Valor Unitário R\$ ____
---	----------------------------	---	--------------------	-------------------------	---------------------------------

### DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____
51 - Observação ____ ____ ____		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____ <b>Guilherme J. M. Piovesana</b> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM-PR 30165 / SBO 14548	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ ____

Paciente: **MARIA JOSE MARIANO SANTOS**

Data do nascimento: 11/12/1958

Data do exame: 31/01/2023

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

**Análise:**

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

**Análise:**

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



---

**Dr. Fabio Ferreira Lehmann**  
CRM: 15519 - PR