



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

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 0 5 0 0 0 0 0 2 5 6 3 1 8

8 - Validade da Carteira

31/05/2024

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

MOISES NAIME

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

12905

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

DOR + deformidade joelho dir ✓  
menor q do esquerdo.

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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	30726039	Artroplastia total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho - dir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit prótese total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho importação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 componentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

20/01/2023

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: MOISES NAIME  
Data de nascimento: 17/09/1945

Exame: UNIMED-JOE D+E + AXIAL  
Data do exame: 16/12/2022 16h43

**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

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

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

Osteófitos marginais retropatelar.

Calcificações no menisco medial.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

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



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

Nome: MOISES NAIME  
Data de nascimento: 17/09/1945

Exame: UNIMED-JOE D+E + AXIAL  
Data do exame: 16/12/2022 16h43

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

Osteófitos marginais retropatelar.

Calcificações no menisco lateral.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

#### **Análise:**



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

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara  
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná  
[www.uniorTE.com.br](http://www.uniorTE.com.br)



Nome: MOISES NAIME  
Data de nascimento: 17/09/1945

Exame: UNIMED-JOE D+E + AXIAL  
Data do exame: 16/12/2022 16h43

Redução difusa da densidade óssea.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

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

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara  
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná  
[www.uniorte.com.br](http://www.uniorte.com.br)