

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

000 5 000 00 6147 550 8

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Cláudio Victor da Silva

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17-905

17 - UF

18 - Código CBO

**Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

União

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

Tror + Deferimento de Jogo.  
Sl melho cl sta clama

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M129

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-		Jogão		
03-				
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-		Artroplastia total		
10-		Jogão		
11-				
12-				

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

2mm

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: CELSO VITOR DA SILVA  
Data de nascimento: 28/02/1949

Exame:  
Data do exame: 17/02/2022 17h42

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

#### **Análise:**

Artroplastia total no joelho, sem sinais de osteólise e/ou soltura.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

#### **Análise:**

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

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**



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

Nome: CELSO VITOR DA SILVA  
Data de nascimento: 28/02/1949

Exame:  
Data do exame: 17/02/2022 17h42

**Análise:**

Artroplastia total no joelho.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

**RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

**Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



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

pág. 2/2