

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

005 000 000 350 72 52

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

OSILIA MARIA PAIVA

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

ISCAL

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

P.O. PROTESE CI WFECCÃO e
OSTEO MUELUTE LA LABM. INDICADA
RETORNADA PROTESE e CONFECÇÃO DE
ESPARGADOR CIMENTO CI ATB.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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	3071 0049	RENDA PROTESE		
02	3072 6934	1 SOELHO (E)		
03				
04				
05		4 PACOTES CIMENTO		
06		ORTOPEDICO		
07		1 KIT FIXADOR		
08		EXTERNO LINEAR		
09		1 KIT LAVAGEM PULSADA		
10				
11				
12				

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. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: ODILIA MEIRA DE PAIVA
Data de nascimento: 23/07/1957

Exame: UNIMED - JOE E - PERNA E
Data do exame: 23/02/2024 14h37

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Artroplastia total no joelho, com áreas radiolucentes adjacentes aos componentes femoral e tibial.

Osteossíntese no terço proximal da tibia, fixada com parafusos cirúrgicos, com sinais de pseudoatrose.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

Análise:

Osteossíntese no terço proximal da tibia, fixada com parafusos cirúrgicos, com sinais de pseudoatrose.

Artroplastia total no joelho.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789



Nome: ODILIA MEIRA DE PAIVA
Data de nascimento: 23/07/1957

Exame: UNIMED - JOE E - PERNA E
Data do exame: 23/02/2024 14h37

Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

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