

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 	
4 - Data da Autorização / /		5 - Senha 	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 0005 000 000 523 095 C		8 - Validade da Carteira / /	
10 - Nome Cina Maria Belinetti Magalhães		9 - Atendimento a RN 	
Dados do Contratado Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde 	
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado União	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional 	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		16 - Número no Conselho 17905	
19 - Código na Operadora / CNPJ 		17 - UF 	
20 - Nome do Hospital / Local Solicitado		18 - Código CBO 	
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 Dr Sl melhora cl to Belinetti	
CID 10 Principal (Opcional) M17.9		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				
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"/>	30726034	Articuladeira	10/20	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho Dr	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit prótese	10/20	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joelho Dr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da Autorização

**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 17505

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: AmBmaga

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização: \_\_\_\_\_

Nome: ANA MARIA BELINETTI MAGALHAES  
Data de nascimento: 08/05/1945

Exame: UNIMED - JOELHOS + PATELAS  
Data do exame: 27/12/2022 15h45

## RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

### **Análise:**

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

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas.

## RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

### **Análise:**

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

Osteófitos marginais retropatelar.

Entesófito suprapatelar.

## RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA



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

Nome: ANA MARIA BELINETTI MAGALHAES  
Data de nascimento: 08/05/1945

Exame: UNIMED - JOELHOS + PATELAS  
Data do exame: 27/12/2022 15h45

**Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

**RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

**Análise:**

Artroplastia total no joelho.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



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