

## GUIA DE SOLICITAÇÃO

Londrina	DE INTERNAÇÃO	2 - Nº Guia no Prestador
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operado		
3 4 3 2 6 9	ora	
4 - Data da Autorização 5 - Senha		
		6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira  0 14 + 000 000 0 13 +	8 - Validade da Carte	9 - Atendimento a RN
10 - Nome	<u> </u>	
Maria huiza M. alenande 11-Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora		
13-	Nome do Contratado	/
14 - Nome do Profissional Solicitante		miorte
a sandre de Oliveila	15 - Conselho Profissional	17 - UF 18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante  14 - Nome do Profissional Solicitante  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dagos da Internação  19 - Código na Operadora (CNR)		
19- Código na Operadora / CNPJ	ome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação
22 Code 4 10 10		III a service and the service
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Int	ernação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 -	Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica		
Dol 1 Day	anni Ingli	Jm = = 1
TOK - NE	orwood	( S moon
	0/1	, 0
MACIALMA C	1 15 06	IM o
) ME COM AT	000	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3)	3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 Indiana a de A. L.
[V,V,T,]		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento e un accompanyo de la companyo de la	(Chr. D. Farance Co. Carlotte	
Item Assistencial		37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
01- 3037.60 34	to all I	79
02-11-13-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-	1100/05 mg by	0/00
04-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	110	
05-	VFQ	
06-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
8-	1	
9-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	MINTED IN	<del></del>
0-1	MAO ST MO	
1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-	In I land	dada - Li
2-	VV ( VY/VV	WHO HE I
ados da Autorização	7	TANACA
- Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizad	das 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	or with the
	I Acomodação Autorizada	
- Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome d	o Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
- Observação / Justificativa		
Data da Solicitação  47 - Ass <b>Ol</b> utira do Profuelta Solicita		
Alexandre de Ortopedista		Programme Transfer
Data da Solicitação 47 - Assinitura do Profine Rajal Solicita	nte 48 - Assinatura do Beneficiári	rio ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
		- Formatti pela Autorização

www.unimed.coop.br/web/nortedoparana

Rua: Paraiba, 321

Centro 86300-000 - Cornélio Procópio - PR

Telefone: (43) 3520-3000



Paciente: MARIA LUIZA MONFERNATTI ALEXANDRE

Pac: 2369 Data: 30/03/2023

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Análise:

Estruturas osseas integras

Osteoartrose no compartimento femorotibial lateral, caracterizada por acentuada redução do espaço articular, osteofitos marginais, e esclerose subcondral.

Osteófitos marginais no compartimento patelofemoral.

Leve redução do espaço articular femorotibial medial.

Densificação do recesso suprapatelar.

Calcificações projetadas no recesso infrapatelar, que podem estar relacionadas a calcificações heterotópicas ou corpos intra-articulares.

Ausência de sinais de fraturas.