

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____	
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____			
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira <b>0005 0000 325 88 340</b>		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN ____		10 - Nome <b>Roberto Carlos Vendrametto</b>	
11 - Cartão Nacional de Saúde _____			
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado <b>Unorte</b>	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional ____	
16 - Número no Conselho <b>17 905</b>		17 - UF ____	
18 - Código CBO _____			
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
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 <b>03</b>
26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		
28 - Indicação Clínica <b>DOR + Deformidade joelho dir S/ melhora cl sta clinica</b>			
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M179</b>	30 - CID 10 (2) (Opcional) _____	31 - CID 10 (3) (Opcional) _____	32 - CID 10 (4) (Opcional) _____
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01- _____	<b>3072 6034</b>	<b>Artroplastia total</b>	____
02- _____		<b>joelho dir</b>	____
03- _____			____
04- _____			____
05- _____			____
06- _____			____
07- _____			____
08- _____			____
09- _____			____
10- _____		<b>Kr prótese total</b>	____
11- _____		<b>joelho Importada</b>	____
12- _____			____
38 - Qtde Aut <b>25mmar.</b>			
<b>Dados da Autorização</b>			
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 <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>x</b>		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	

Nome: ROBERTO CARLOS VENDRAMETTO  
Data de nascimento: 05/02/1967

Exame:  
Data do exame: 11/10/2023 16h37

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

**RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

**Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.

**RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

**Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.



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

Nome: ROBERTO CARLOS VENDRAMETTO  
Data de nascimento: 05/02/1967

Exame:  
Data do exame: 11/10/2023 16h37

**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

**Análise:**

Sinais de tunelização no terço distal do fêmur e terço proximal da tíbia, para reconstrução de ligamento cruzado.

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.

Patela baixa.

**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.



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