

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 ____/____/____	

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>000 5 000000 9426534</b>	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
---	--	------------------------------

10 - Nome <b>Emmanuel Ap. Rodrigues Lochi</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde _____
--	--

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado <b>Unimed</b>
-----------------------------------	--

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> <i>Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905</i>	15 - Conselho Profissional ____	16 - Número no Conselho <b>17905</b>	17 - UF ____	18 - Código CBO _____
--	------------------------------------	---	-----------------	--------------------------

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

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>Dur + Deformidade joelho SI melhora cl sta clínicu</b>
---

29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M17.9</b>	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- _____	<b>3032.6034</b>	<b>Artroplastia total</b>	____	____
02- _____		<b>Joelho Dur</b>	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		<b>Kit prótese total</b>	____	____
10- _____		<b>Joelho importada</b>	____	____
11- _____		<b>Exame</b>	____	____
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 <i>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</i> <i>Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	---	--

Nome: ESMERALDA APARECIDA RODRIGUES  
LACHI

Data de nascimento: 07/01/1946

Exame: UNIMED - JOE + PT D

Data do exame: 10/03/2023 17h28

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

#### **Análise:**

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

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

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Osteófitos marginais retropatelar.

Leve lateralização no eixo axial da patela.



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