

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

000 5 00000 43561392

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome

Que lyne Youssef Nabut

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_\_\_

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

\_\_\_\_\_

13 - Nome do Contratado

Uniole

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17905

15 - Conselho Profissional

\_\_\_

16 - Número no Conselho

17905

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

03

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_

28 - Indicação Clínica

por + deformidade joelho S  
melhor q sto clínico.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M179

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- _____	30722034	Artroplastia total	___	___
02- _____		joelho	___	___
03- _____			___	___
04- _____			___	___
05- _____			___	___
06- _____			___	___
07- _____			___	___
08- _____			___	___
09- _____			___	___
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. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_\_

Nome: EVELYNE YOUSSEF NABUT  
Data de nascimento: 10/07/1942

Exame: UNIMED - JOELHOS + PATELAS  
Data do exame: 28/11/2022 17h35

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

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

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Entesófito suprapatelar.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

### **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

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**

Nome: EVELYNE YOUSSEF NABUT  
Data de nascimento: 10/07/1942

Exame: UNIMED - JOELHOS + PATELAS  
Data do exame: 28/11/2022 17h35

Entesófito suprapatelar.

Patela baixa.

Ausência de sinais de fraturas.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA DIREITA**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.

### **RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA**

#### **Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



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