

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

MAURO MARGELO BUENO

8 - Validade da Carteira

____/____/____

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

E 2

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

____/____/____

22 - Caráter do Atendimento

2

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

5

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.

C

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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 Autorizados Solicitados

3.07.24.05-8

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- _____	_____	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____
07- _____	_____	_____	_____
08- _____	_____	_____	_____
09- _____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____

Dados da Autorização

PACIENTE ATIVO, QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE IMPORTADA

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

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

Paciente: MAURO MARCELO BUENO

ID: 1478947

Idade: 51 anos Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 13/10/2023 13h13

Data Nasc.: 12/11/1971

Dr.(a): Tomas Seibel - CRM/PR 36495

RADIOGRAFIA DA BACIA E DOS QUADRIS

Análise:

Artroplastia total do quadril direito sem sinais de osteólise ou soltura.

Artropatia degenerativa no quadril esquerdo caracterizada por acentuada redução do espaço articular, esclerose subcondral e osteófitos marginais.

Retificação da transição cabeça/colo femoral à esquerda.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.


Dra. Luana Reinstein
CRM-PR 34916 / RQE 25972