

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

IVONE DA SILVA OLIVEIRA

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 Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou de Atendimento 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut

01-___	___	TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS	___	___
02-___	___	___	___	___
03-___	___	LINER DE CERÂMICA	___	___
04-___	___	2 PARAFUSOS ACETABULARES	___	___
05-___	___	PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA	___	___
06-___	___	ACETABULO SEM CIMENTO	___	___
07-___	___	FEMUR NÃO CIMENTADO	___	___
08-___	___	CABEÇA CERÂMICA 32	___	___
09-___	___	4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	___	___
10-___	___	___	___	___
11-___	___	___	___	___
12-___	___	___	___	___

Dados da Autorização

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

\_\_\_

**Nome:** IVONE DA SILVA OLIVEIRA

**Idade:** 38 anos

### **RADIOGRAFIA DA BACIA**

**Relatório:**

Osteoartrose do quadril esquerdo caracterizado por exuberantes osteófitos marginais, redução assimétrica do espaço articular com escleroses e cistos subcondrais.

Demais estruturas ósseas analisadas íntegras.

Demais espaços articulares preservados.

Articulações sacro-ilíacas de aspecto anatômico.

Partes moles sem alterações.

  
Dr. José Eduardo Colla Da Silva  
CRM / PR 28194