

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

01170000002170009

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Schmil Alan Prinde Souto

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

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

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor intensa no fúndil esquerdo  
R. moito artrose avançada

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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	3072408-9	atrofia do fúndil (E)	01	
02				
03				
04				
05		protex femoral não cimentado	01	
06		protex acetabular não cimentado	01	
07		capota liner em polietileno crosslink	01	
08		capoto em cerâmica		
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. Mauricio R. Miyasaka  
CRM 24.650

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Schmil Alan

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

NOME: GABRIEL ALAVER PRINDE SANTOS

REGISTRO: 167755

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 26/09/1996 26A

DATA: 19/09/2023

CONVÊNIO: Unimed

SEXO: Masculino

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) MOYSES CIZOTTO KELLER JUNIOR CRM: 30252

Protocolo ClickVita: 1026396356 Senha: 1167755

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE QUADRIL BILATERAL**

### **R E L A T Ó R I O**

**INDICAÇÃO CLÍNICA/QUEIXA PRINCIPAL:** Coxartrose.

**MÉTODO:** Exame realizado com a sequência FSE com cortes multiplanares de 4,0 mm de espessura.

#### **ANÁLISE:**

Artropatia degenerativa dos quadris, caracterizada por reação osteofitária marginal que se associa a afilamento e irregularidade condral difusa, com áreas de exposição parcial da cortical óssea na porção anterior e ântero-superior, associado a edema e alterações císticas subcondrais, que predominam à esquerda.

Pequeno derrame articular do quadril esquerdo, com sinais de sinovite.

Estruturas ligamentares dos quadris íntegras.

Alteração degenerativa dos lábios acetabulares, sem destacamentos.

Demais estruturas periarticulares sem anormalidades.

Osteófitos marginais na sínfise púbica.

Articulações sacroilíacas de aspecto habitual.

Peritendinite dos glúteos mínimo e médio no trocânter maior femoral bilateral, sem roturas.

Sinais de bursite trocantérica bilateral, com distensão líquida das respectivas bursas.

Demais planos musculares e tendíneos sem anormalidades significativas.

Feixes neurovasculares livres.

Ausência de formações expansivas ou coleções.

continua . . .

NOME: GABRIEL ALAVER PRINDE SANTOS

REGISTRO: 167755

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 26/09/1996 26A

DATA: 19/09/2023

CONVÊNIO: Unimed

SEXO: Masculino

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) MOYSES CIZOTTO KELLER JUNIOR CRM: 30252

Protocolo ClickVita: 1026396356 Senha: 1167755

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE QUADRIL BILATERAL**

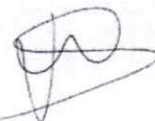
### **RELATÓRIO**

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Artropatia degenerativa dos quadris, mais evidente à esquerda, com pequeno derrame articular.
- Alteração degenerativa dos lábios acetabulares, sem destacamentos.
- Peritendinite dos glúteos mínimo e médio no trocânter maior femoral bilateral, sem roturas.
- Sinais de bursite trocântérica bilateral, com distensão líquida das respectivas bursas.



Dr. André Fukunishi Yamada  
CRM-SP 100522  
RQE 47782



Dr. Joao Roberto de Matos  
RADIOLOGISTA  
CRM 24152  
RQE 21.320

Inscrição de Pessoa Jurídica sob CRM nº 2119

Responsável Técnico: Dra. Paula Nicolli Soares CRM-PR 12751

RUA: 13 DE MAIO, 234 - FONE / FAX: (43) 3534-4146 CEP 86430-000 - SANTO ANTÔNIO DA PLATINA - PR