

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

JOSE RODA

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

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  
POS OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO  
E FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL. QUADRO PRÉVIO DE FRATURA DO ACETÁBULO E TRANSTROCANTÉRICA.

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

3 07 24 05 8

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela

01-\_\_\_

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

3 07 13 04 8

OSTEOTOMIA ALONGADA DE FEMUR

37 - Qtde Solic

\_\_\_

38 - Qtde Aut

\_\_\_

02-\_\_\_

3 07 10 04 9

ENXERTO PSEUDOARTROSE EM LOCAL DE DEFEITO OSSEOS

\_\_\_

\_\_\_

03-\_\_\_

\_\_\_

RETIRADA DE PROTESE

\_\_\_

\_\_\_

04-\_\_\_

\_\_\_

PROTESE TOTAL DE REVISÃO DO QUADRIL, CÔNICA, MODULAR E COM

\_\_\_

\_\_\_

05-\_\_\_

\_\_\_

FIXAÇÃO DISTAL SEM PARAFUSOS

\_\_\_

\_\_\_

06-\_\_\_

\_\_\_

ACETABULO DUPLA MOBILIDADE

\_\_\_

\_\_\_

07-\_\_\_

\_\_\_

CABEÇA DE CERÂMICA 32

\_\_\_

\_\_\_

08-\_\_\_

\_\_\_

4 PARAFUSOS PARA CUNHA

\_\_\_

\_\_\_

09-\_\_\_

\_\_\_

3 PARAFUSOS ACETABULARES

\_\_\_

\_\_\_

10-\_\_\_

\_\_\_

CABOS DALL MILLES

\_\_\_

\_\_\_

11-\_\_\_

\_\_\_

2 CUNHAS EM TÂNTALO

\_\_\_

\_\_\_

12-\_\_\_

\_\_\_

2 DOSES DE GIMETO

\_\_\_

\_\_\_

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

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

40 - Qtde de Doses de Medicamento

\_\_\_

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

13 01 2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Tomás Seibel  
CRM / PR 36.495 / TEOT 14.883

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_



**Paciente:** JOSE RODA  
**Pac:** 5896 **Data:** 14/11/2022

**RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL) ESQUERDA**

**Análise:**

Estruturas ósseas íntegras.

Espaço articular preservado.

Tecidos moles sem alterações.

Não há evidências de fraturas.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gustavo Andrade De Margalho".

Gustavo Andrade De Margalho  
21467-PR



**Paciente:** JOSE RODA

**Pac:** 5896 **Data:** 14/11/2022

**RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL) DIREITA**

**Análise:**

Controle de artroplastia total do quadril, sem sinais de osteólise/soltura, notando-se contudo verticalização do componente acetabular.

Tecidos moles sem alterações.

Não há evidências de fraturas.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Gustavo Andrade De Margalho".

Gustavo Andrade De Margalho  
21467-PR