

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

JESUE CIQUINATO

\_\_\_\_

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

\_\_\_\_

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

\_\_\_\_

21 - Data sugerida para internação

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

22 - Caracter 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

PÓS-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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

01- 3.07.24.05-8

02- 3.07.25.15-1

03- 3.07.13.04-8

04- 3.07.10.04-9

05- 3.07.10.04-9

06- 3.07.10.04-9

07- 3.07.10.04-9

08- 3.07.10.04-9

09- 3.07.10.04-9

10- 3.07.10.04-9

11- 3.07.10.04-9

12- 3.07.10.04-9

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO)

OSTEOTOMIA ALONGADA DE FEMUR

ENXERTO PSEUDOARTROSE EM LOCAL DE DEFEITO OSSEOS

RETIRADA DE PROTESE

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

FIXAÇÃO DISTAL SEM PARAFUSOS

ACETABULO DUPLA MOBILIDADE

CABEÇA METÁLICA

POLIETILENO CROSSLINKED

3 PARAFUSOS ACETABULARES

CABOS DALL MILLES

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

\_\_\_\_

Paciente: **JESUE CIQUINATO**  
Data do nascimento: 05/08/1942  
Data do exame: 13/02/2023

### **RADIOGRAFIA DA BACIA**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Coxa profunda à esquerda.

Osteófitos marginais no teto acetabular esquerdo.

Artroplastia total no quadril direito, com área radioluciente adjacentes ao componente femoral e acetabular.

Fratura / avulsão peri-protética no fêmur direito.

Osteófitos marginais nas articulações sacro-ilíacas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

### **RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO**

**Análise:**

Redução difusa da densidade óssea.

Artroplastia total no quadril direito, com área radioluciente adjacentes ao componente femoral e acetabular.

Fratura / avulsão peri-protética no fêmur direito.

Tecidos moles sem alterações.



---

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR