

7574666



HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS 326755 | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data de validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|

Dados do Beneficiário / Paciente

| | | |
|------------------------|-----------|---|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano | 9 - Validade da Carteira |
| 10 - Nome completo | | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |

Dados do Contratado Solicitante

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Contratado | 14 - Código CNES | | |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO S |

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

| | |
|--|--|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 21 - Nome do Prestador |
| 22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica |
| 24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2 |

| |
|--|
| 26 - Indicação Clínica 2 5 OSTEONECROSE DE CABEÇA DO FEMUR ESTAGIO INICIAL, COM MUITA DOR PARA MOBILIZAR QUADRIL |
|--|

Hipótese Diagnóstica

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| 27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | 28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias | 29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros | |
| 30 - CID Principal C | 31 - CID (2) | 32 - CID (3) | 33 - CID (4) |

Procedimentos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solicit. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|
| 1- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4- _____ | 3.07.24.28-7 | FORAGEM DE QUADRIL POR NECROSE DE CABEÇA DE FEMUR DIREITO | _____ | _____ |
| 5- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|--------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Dados da Autorização

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 45 - Data Provável de Admissão Hospitalar | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas 1 FIO DE KIRCHNER 2,5 1 FIO DE KIRCHNER 3,5 | 47 - Tipo de acomodação autorizada |
| 48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Código CNES |

| |
|------------------|
| 51 - Observações |
|------------------|

| | | |
|---|---|--|
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 16.02.24 Dr. Tomás Seibel Ortopedista - Traumatologia Cirurgião de Quadril CRM / PR 36.494 / TEOT 14.883 | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ |
|---|---|--|

Paciente: KAIO BATISTA MASIRONI**ID: 673775****Idade: 27 anos Sexo: Masculino****Data/Hora Exame: 29/11/2023 13h08****Data Nasc.: 07/06/1996****Dr.(a): Sergio Merçon - CRM/PR 51510****RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO****INFORMAÇÕES CLÍNICAS:**

Dor.

TÉCNICA DE EXAME:

Exame realizado em aparelho de alto campo, nos planos axial, coronal, sagital e axial oblíquo alinhado com o colo femoral, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

INTERPRETAÇÃO:

Lesão linear de aspecto geográfico com sinal de duplo contorno comprometendo cerca de 90% da superfície articular da cabeça femoral, associado a edema ósseo, compatível com osteonecrose. Não há fratura subcondral ou perda significativa da esfericidade da cabeça femoral.

Retificação da face anterossuperior da transição cabeça/colo femoral, com perda de sua concavidade habitual. Demais estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.

- Ângulo de Wiberg adaptado: **20,8°**.
- Ângulo alfa (α): °.

Cartilagem articular com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.


Moderado derrame articular.

Ligamento redondo e ligamentos capsulares do quadril demonstram aspecto anatômico.

Lábio acetabular com morfologia e intensidade de sinal normais.

Estruturas musculotendíneas de aspecto habitual.

Feixes neurovasculares sem alterações.


Dr. Jose Eduardo Colla
CRM / PR 28194