

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

MARCIA REGINA DOS REIS CRIPALDI

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 - Caracter 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 de CID 10

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

3 07 24 05 8

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela	35 - Código de Procedimento ou Item Assistencial	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

PACIENTE ATIVO, QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE IMPORTADA

39 - Data Prevista de Admissão no Hospital

DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

40 - Outras 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

25/01/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM PR 39.998 - RBO 14.883

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: **MARCIA REGINA DOS REIS CRIPALDI**

Data do nascimento: 16/06/1973

Data do exame: 25/01/2023

Laudo Radiológico

RX COLUNA LOMBAR

- Escoliose lombar
- Sinais de alteração degenerativa leve
- Espaços intervertebrais conservados.
- Pedículos e apófises articulares íntegros.

RX BACIA

- Sinais de artrose coxo femural esquerda
- Ausência de sinais de fraturas.
- Pequena exostese no trocanter maior do femur esquerdo.

RX QUADRIL DIREITO

- Estrutura óssea preservada.
- Espaços articulares anatômicos.
- Ausência de sinais de fraturas.
- Partes moles sem alterações.

RX QUADRIL ESQUERDO

- Sinais de artrose coxo femural.
- Ausência de sinais de fraturas.
- Pequena exostese no trocanter maior do femur.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR



98493 9355