

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 ANTONIO DIAZ PARRA	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 E _____ 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 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 Assistenciais Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	3.07.24.05-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)	_____	_____
02	3.07.31.12-7	TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS	_____	_____
03	_____	LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED	_____	_____
04	_____	2 PARAFUSOS ACETABULARES	_____	_____
05	_____	PROTESE TOTAL DE QUADRIL SEM CIMENTO	_____	_____
06	_____	ACETABULO SEM CIMENTO	_____	_____
07	_____	FEMUR NÃO CIMENTADO	_____	_____
08	_____	CABEÇA DE CERÂMICA 36	_____	_____
09	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____
11	_____	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____	_____

Dados da Autorização		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.	40 - Qtde. Diárias Autorizadas LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE IMPORTADA	41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____	44 - Código CNES _____
45 - Observação / Justificativa _____		

Paciente: **JOSE ANTONIO DIAZ PARRA**
Data do nascimento: 13/01/1956
Data do exame: 28/06/2023

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda bilateral.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril direito.

Artropatia degenerativa no quadril esquerdo, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Imagem ovalada, radioluciente, contornos definidos, projetado no teto acetabular esquerdo e medindo 1,5 cm (cisto ósseo?).

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

Flebolitos projetados na cavidade pélvica.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril direito.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Análise:

Artropatia degenerativa no quadril esquerdo, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Imagem ovalada, radioluciente, contornos definidos, projetado no teto acetabular esquerdo e medindo 1,5 cm (cisto ósseo?).

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR