

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

ARIOVALDO RIBEIRO

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

LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE IMPORTADA

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

\_\_\_\_\_

Dr. Tomás Seibel

Nome: ARIIVALDO RIBEIRO  
Data de nascimento: 15/09/1949

Exame: UNIMED PA- BC- CF D/E  
Data do exame: 18/05/2023 17h47

### **RADIOGRAFIA DA BACIA**

#### **Análise:**

Coxa profunda bilateral (Otto-pelvis).

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

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

Articulações sacro-ilíacas de avaliações prejudicadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

Flebolitos projetados na cavidade pélvica.

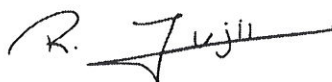
### **RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO**

#### **Análise:**

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

Nome: ARIIVALDO RIBEIRO  
Data de nascimento: 15/09/1949

Exame: UNIMED PA- BC- CF D/E  
Data do exame: 18/05/2023 17h47

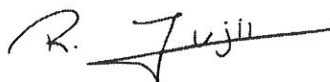
**RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO**

**Análise:**

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**