

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 / /			
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira EVA LOURENÇO DA SILVA		8 - Validade da Carteira / /	
9 - Atendimento a RN 			
10 - Nome 		11 - Cartão Nacional de Saúde 	
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
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 			
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
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) 			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela 3 0 7 2 4 0 5 8		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 2 - 7	
36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO) TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS		37 - Qtde Solic 	
38 - Qtde Aut 			
01-			
02-			
03-			
04-			
05-			
06-			
07-			
08-			
09-			
10-			
11-			
12-			
<b>Dados da Autorização</b>			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.		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 			
46 - Data da Solicitação 0 9 0 8 2 0 2 3		47 - Assinatura do Profissional Solicitante ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-1455	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	

Nome: EVA LOURENCO DA SILVA  
Data de nascimento: 08/12/1972

Exame: UNIMED-BC QUADRIL D+E  
Data do exame: 02/08/2023 11h11

### **RADIOGRAFIA DA BACIA**

#### **Análise:**

Coxa profunda bilateral.

Retificação na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior bilateral.

Ostéofitos marginais no teto acetabular direito.

Espaços articulares preservados.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

### **RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO**

#### **Análise:**

Retificação na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior.

Ostéofitos marginais no teto acetabular.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



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

Nome: EVA LOURENCO DA SILVA  
Data de nascimento: 08/12/1972

Exame: UNIMED-BC QUADRIL D+E  
Data do exame: 02/08/2023 11h11

**RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO**

**Análise:**

Retificação na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



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