

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3 4 3 2 6 9	
4 - Data da Autorização	5 - Senha
/ /	
	6 - Data de Validade da Senha
	/ /

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira WILSON JOSE MENDES 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
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

[illegible]**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 <input type="text"/>	23 - Tipo de Internação <input type="text"/>	24 - Regime de Internação 5 <input type="text"/>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	26 - Previsão de uso de OPME <input type="text"/>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <input type="text"/>
--	---	--	---	--	--

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimentos ou Itens Assinaturas e Selo Citados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
	302352-7	TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS		
01-				
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

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.		41 - Tipo da Acomodação Autorizada	

[illegible]

45 - Observação / Justificativa

Paciente: **WILSON JOSE MENDES**

Data do nascimento: 21/02/1973

Data do exame: 24/11/2023

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda bilateral.

Reação osteohipertrófica na transição cabeça / colo femoral na porção póstero-superior bilateral.

Artropatias degenerativas nos quadris, caracterizada por reduções do espaços articulares, osteófitos marginais e esclerose subcondrais.

Imagem laminar, radiopaca, projetada adjacente (superior) à cabeça e colo do fêmur direito (ossificação heterotópica?).

Pequena imagem arredondada, radiopaca, projetada adjacente ao teto acetabular esquerdo (calcificação labral?).

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

Reação osteohipertrófica na transição cabeça / colo femoral na porção póstero-superior.

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

Imagem laminar, radiopaca, projetada adjacente (superior) à cabeça e colo do fêmur (ossificação heterotópica?).

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Análise:

Reação osteohipertrófica na transição cabeça / colo femoral na porção póstero-superior.

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

Pequena imagem arredondada, radiopaca, projetada adjacente ao teto acetabular esquerdo (calcificação labral?).

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR