

02152171

1 - Registro ANS 343269	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 00500000000545727 IADEVAUDO ROTTER	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 Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares
14 - Nome do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	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 Hospital do Coração
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 DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. paciente com limitação de amplitude de movimento, quadril ESQUERDO  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
01- _____	72705-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO)	____
02- _____			____
03- _____		LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED	____
04- _____		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA	____
05- _____		ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO	____
06- _____		FEMUR CIMENTADO	____
07- _____		CABEÇA CERÂMICA 32 MM	____
08- _____		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO	____
09- _____		2 OPSITES	____
10- _____		2 PARAFUSOS ACETABULARES	____
11- _____			____
12- _____			____

Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 29/08/2023	40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____
41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA
44 - Código CNES ____	

45 - Observação / Justificativa _____	
--	--

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---	---	--

99991-3328

Nome: ADEVALDO ROTTER  
Data de nascimento: 18/01/1958

Exame: UNIMED - BC + CF D/E  
Data do exame: 09/01/2023 16h53

### **RADIOGRAFIA DA BACIA**

#### **Análise:**

Coxa profunda bilateral.

Tetos acetabulares proeminentes.

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

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

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

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

### **RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO**

#### **Análise:**

Teto acetabular proeminente.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril.

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



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

Nome: ADEVALDO ROTTER  
Data de nascimento: 18/01/1958

Exame: UNIMED - BC + CF D/E  
Data do exame: 09/01/2023 16h53

Ausência de sinais de fraturas.

**RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO**

**Análise:**

Teto acetabular proeminente.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



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

pág. 2/2