

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		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 <b>MAURICIO RICARDO PEREIRA DA SILVA</b>		8 - Validade da Carteira 	
9 - Atendimento a RN 		10 - Nome 	
11 - Cartão Nacional de Saúde 		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 		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 	
21 - Data sugerida para internação 		22 - Caracter do Atendimento 	
23 - Tipo de Internação 		24 - Regime de Internação 	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 		26 - Previsão de uso de OPME 	
27 - Previsão de uso de quimioterápico 		28 - Indicação Médica <b>ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.</b>	
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 			
35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 			
36 - Descrição <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)</b>			
37 - Qtde Solic 			
38 - Qtde Aut 			
39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar 			
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 <b>09/06/2023</b>			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Tomas Seibel</b> CRM/PR 36.495 / TEOT 14.883			
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 			
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 			

**Nome:** MAURICIO RICARDO P DA SILVA

**Data:** 27/10/2022

**Cod.:** 76951

**Pedido do(a) Dr.(a):** MICHAEL SIQUEIRA

**CRM:** 115748

**Categoria:** UNIMED RNM

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO**

**Método:**

Exame realizado com a sequência FSE com cortes multiplanares de 4,0 mm de espessura.

**Análise:**

Vértebra de morfologia transicional lombossacral, que apresenta megapófise transversa articulada ao sacro.

Proeminência do contorno superolateral/anterior da transição cabeça/colo femoral, achado que pode predispor a impacto femoroacetabular.

Leve reação osteofitária marginal coxofemoral, com área de afilamento irregular e profundo da cartilagem da porção superior da área de carga, com foco de edema subcondral, além de cistos subcondrais superolateral no teto acetabular.

Alterações degenerativas da porção superior do lábio acetabular.

Ligamentos íntegros.

Discreto derrame articular.

Ventres musculares e tendões preservados.

Leve espessamento da bursa trocantérica.

Feixe vasculoneural livre.


Não há nodulações ou coleções.

**Conclusão:**

Sinais de artropatia degenerativa coxofemoral.

Leve espessamento da bursa trocantérica.

Demais achados pormenorizados no corpo do laudo.



**Dr. Abdalla Skaf**  
CRM 78.594



**Dr. Paulo A Zanello**  
CRM 121.303