



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 78116030

1 - Registro ANS ANS-nº34665-9	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
--	---	-------------------	--	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome EVALDO JOSE CAMPIOLO		
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____		

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CFE 7.512.2.514.2.5.010.010.6	13 - Nome do Contratado CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE LONDRINA L	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante ____	16 - Conselho Profissional ____	17 - Número no Conselho ____
18 - UF ____		19 - Código CBO S ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caracter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirurgia <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2
26 - Indicação Clínica 2	5

HIPÓTESES DIAGNOSTICAS

ARTROSE DE QUADRIL		COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.	
28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID Principal 31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____	

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-____	____	____	____	____
2-____	____	____	____	____
3-____	____	____	____	____
4-____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____
6-____	____	____	____	____

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-____	____	LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED	____	____	____
2-____	____	2 PARAFUSOS ACETABULARES	____	____	____
3-____	____	PROTESE TOTAL DE QUADRIL SEM CIMENTO	____	____	____
4-____	____	ACETABULO SEM CIMENTO	____	____	____
5-____	____	FEMUR NÃO CIMENTADO	____	____	____
6-____	____	CABEÇA DE CERÂMICA 36	____	____	____

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	50 - Código CNES ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____		
51 - Observação ____			

**PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.
LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE IMPORTADA**

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 03.01.24 Dr. Tomaz Sampaio Ortopedia e Traumatologia Cirurgião de Quadril CRM / PR 36.495 / TEOT 14.883	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ ____
---	---	--

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório

Paciente: **Evaldo Jose Campiolo**
Data do nascimento: 26/11/1953
Data do exame: 03/01/2024

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda bilateral.

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

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

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

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Análise:

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

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR