



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

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

___/___/___

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0097 0000 12 65 49 329

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

Fernando Sanches

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

HEL

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia

Conselho Profissional
CRM 23.538

16 - Número no Conselho

23538

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter 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 Clínica
IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS
LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL
QUADRIL esquerdo

C

M19.9

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M19.9

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	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-___	3.07.38.04-0	TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR	___	___
02-___	3.07.38.02-4	SINOVECTOMIA PARCIAL	___	___
03-___	3.07.38.02-4	SUTURA LABRUM	___	___
04-___	3.07.38.05-9	TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL	___	___
05-___	___	___	___	___
06-___	___	2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles extendidas	___	___
07-___	___	BOMBA DE INFUSÃO	___	___
08-___	___	2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HIFI APROPRIADAS PARA QUADRIL	___	___
09-___	___	1 OPSITE (STERIL DRAPE)	___	___
10-___	___	1 EQUIPO 10K	___	___
11-___	___	1 Ponteira VAPORIZAÇÃO 90º com aspiração	___	___
12-___	___	1 KIT CÂNULAS	___	___

2 FIOS HI-FI PARA SUTURA DA CÁPSULA

Dados da Autorização

39 - Data Provável 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

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Fernando Sanches

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Atendimento:	7344940	Pedido:	2601036	Ac. Number:	3248720	
Registro / Nome:	FERNANDO SANCHES					
Data de Nascimento:	20/09/1989	Idade:	33 anos, 0 mês e 4 dias		Sexo:	M
	00:00:00					
Pedido do Exame:	24/09/2022 14:15:00			Laudado:	27/09/2022	
					08:48:53	
Convênio:	SANTA RITA SAUDE					
Médico Solicitante:	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE					

RM DO QUADRIL ESQUERDO

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Articulação femoroacetabular sem alteração.
Concavidade do teto acetabular e esfericidade da cabeça femoral mantidas.
Sínfise púbica e segmentos avaliados da articulação sacroilíaca preservados.
Demais estruturas ósseas com sinal e morfologia preservada.
Estruturas tendíneas com sinal e morfologia habitual.
Ligamentos intrínsecos e extrínsecos do quadril preservados.
Ventres musculares com trofismo preservado.
Discreta bursite trocantérica associada a sinais de atrito no plano peritrocantérico.
Rotura em todo o segmento superior do lábio acetabular, associada a cisto paralabral (2,2 cm) junto ao aspecto superolateral.
Nervo ciático com topografia, morfologia e dimensões habituais.
Ausência de derrame articular.

RENÊ KEIZO ARIKAWA
CRM- SP: 98744