



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

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											
MARCIA LEODORO SAMBATTI		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho		17 - UF		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para Internação						
22 - Caráter de 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	
2 - Indicação Clínica											
ARTROSE DE QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.											
C											
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)		32-CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.			
1- []		[]		ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)				[]			
2- []		3.07.24.05-8		TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS				[]			
3- []		3.07.31.12-7		LINER POLIETILENO CROSSLINKED				[]			
4- []		[]		2 PARAFUSOS ACETABULARES				[]			
5- []		[]		PROTESE TOTAL DE QUADRIL				[]			
6- []		[]		ACETABULO DUPLA MOBILIDADE				[]			
7- []		[]		HASTE FEMORAL CIMENTADA				[]			
8- []		[]		CABEÇA DE CERÂMICA 32				[]			
9- []		[]		[]				[]			
10- []		[]		[]				[]			
11- []		[]		[]				[]			
12- []		[]		[]				[]			
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada							
[]/[]/[]		[]		[]							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado								44 - Código CNES	
[]		PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.								[]	
45 - Observação											
LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE IMPORTADA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
05/03/2023		Dr. Tomás Seibel		[]				[]			

Paciente: **MARCIA LEODORO SAMBATTI**
Data do nascimento: 15/10/1959
Data do exame: 05/09/2023

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda a direita.

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

Artroplastia total no quadril esquerdo, sem sinais de osteólise e/ou soltura.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Análise:

Artroplastia total no quadril esquerdo, sem sinais de osteólise e/ou soltura.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR