

Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Solicitante

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

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)
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>

Dados da Autorização

45 – Observação / Justificativa

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

Nome: EDSON PEREIRA DOS SANTOS
Data de nascimento: 12/05/1963

Exame: UNIMED - BC - CF D/E
Data do exame: 27/02/2023 14h42

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda bilateral.

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

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

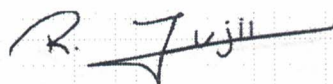
Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

Nome: EDSON PEREIRA DOS SANTOS
Data de nascimento: 12/05/1963

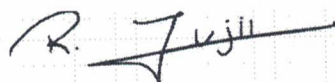
Exame: UNIMED - BC - CF D/E
Data do exame: 27/02/2023 14h42

Análise:

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

pág. 2/2