

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 ALESSANDRO ALVES		8 - Validade da Carteira																																					
9 - Atendimento a 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 no Conselho		17 - UF																																					
18 - Código CBO																																							
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação																																							
19 - Código na Operadora / CNPJ E 2		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado																																					
21 - Data sugerida para internação																																							
22 - Caráter do Atendimento 2		23 - Tipo de Internação																																					
24 - Regime de Internação 5		25 - Qtde. Diárias Solicitadas																																					
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico																																					
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL. C																																							
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)																																							
Procedimentos ou Itens Solicitados																																							
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial																																					
36 - Descrição		37 - Qtde Solic																																					
38 - Qtde Aut																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>01- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>02- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>03- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>04- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>05- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>06- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>07- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>08- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>09- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>10- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>11- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>12- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				01- _____	_____	_____	02- _____	_____	_____	03- _____	_____	_____	04- _____	_____	_____	05- _____	_____	_____	06- _____	_____	_____	07- _____	_____	_____	08- _____	_____	_____	09- _____	_____	_____	10- _____	_____	_____	11- _____	_____	_____	12- _____	_____	_____
01- _____	_____	_____																																					
02- _____	_____	_____																																					
03- _____	_____	_____																																					
04- _____	_____	_____																																					
05- _____	_____	_____																																					
06- _____	_____	_____																																					
07- _____	_____	_____																																					
08- _____	_____	_____																																					
09- _____	_____	_____																																					
10- _____	_____	_____																																					
11- _____	_____	_____																																					
12- _____	_____	_____																																					
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO) TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS LINER DE CERÂMICA 2 PARAFUSOS ACETABULARES PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA ACETABULO SEM CIMENTO FEMUR NÃO CIMENTADO CABEÇA CERÂMICA 36 4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL																																							
Dados da Autorização																																							
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Cód. 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 20/02/2024 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Tomás Seibel Ortopedia e Cirurgião de Quadril CRM 36.495 / TEOT 14.883 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização																																							

Paciente: **ALESSANDRO ALVES**
Data do nascimento: 06/06/1978
Data do exame: 20/02/2024

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda à esquerda.

Reação osteohipertrófica na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior à direita.

Retificação na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior à esquerda.

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

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

Pequena imagem arredondada, radiopaca, projetada adjacente ao teto acetabular esquerdo (calcificação labral?).

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

Reação osteohipertrófica na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior.

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

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Análise:

Retificação na transição cabeça / colo femoral na porção pósterio-superior.

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

Pequena imagem arredondada, radiopaca, projetada adjacente ao teto acetabular esquerdo (calcificação labral?).

Ausência de sinais de fraturas.