

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

ANTONIA CLARICE DOS REIS

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 - Caracter 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

340724058

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- []	[]	ARTROPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS	[]	[]
02- []	[]		[]	[]
03- []	[]	LINER DE CERÂMICA	[]	[]
04- []	[]	2 PARAFUSOS ACETABULARES	[]	[]
05- []	[]	PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA	[]	[]
06- []	[]	ACETABULO SEM CIMENTO	[]	[]
07- []	[]	FEMUR NÃO CIMENTADO	[]	[]
08- []	[]	CABEÇA CERÂMICA 32	[]	[]
09- []	[]	4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

Dados da Autorização

39 - Data de Autorização

___/___/___

40 - Data de Autorização

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

Dr. Tomas Seibel
Ortopedia e Traumatologia

Nome Paciente: ANTONIA CLARICE DOS REIS

Data Nasc.: 11/03/1952

Id: 20233

Data Exame: 12/01/2023

Médico Solicitante: DR. CESAR DANIEL MACEDO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO

Indicação clínica: artralgia.

Metodologia: foram adquiridas sequências ponderadas em T1 e T2 em múltiplos planos. Após a administração do contraste intravenoso foram admitidas sequências ponderadas em T1.

Análise:

Volumoso derrame articular, com sinais de sinovite.

Corpo livre, intra-articular, posteriormente ao colo femoral, medindo 8 mm.

Alterações degenerativas, avançadas, da articulação coxofemoral, mais evidente na área de carga, caracterizadas pelo afilamento condral, redução da amplitude articular, edema e esclerose subcondral, com erosões / cistos subcondrais, principalmente no aspecto superolateral do teto acetabular e na área de carga da cabeça femoral. A possibilidade de diminutas fraturas subcondrais, com focos de osteonecrose, associadas as alterações degenerativas na cabeça femoral também deve ser considerada.

Ligamento redondo preservado.

Alteração da morfologia e da intensidade de sinal, com irregularidade do lábio acetabular, inferindo alterações degenerativas e lesão labral.

Espessamento e hipersinal da bursa trocateriana, inferindo bursite.

Os tendões dos glúteos médio e mínimo e dos tendões isquiotibiais estão irregulares, afilados e com alteração de sinal, inferindo tendinose / tendinopatia.

Discreta lipossustituição da musculatura de cintura pélvica e raiz de coxa.

Impressão Diagnóstica:

Derrame articular, com sinais de sinovite.

Corpo livre intra-articular.

Osteoartrose avançada.

Bursite trocântérica.

Tendinose / tendinopatia dos glúteos médio e mínimo e dos isquiotibiais.

