

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

\_\_\_\_\_

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome **EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER BEFFA**

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

\_\_\_\_\_

2

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

\_\_\_\_\_

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

22 - Caráter do Atendimento

1

23 - Tipo de Internação

\_\_\_

24 - Regime de Internação

2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

\_\_\_

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_

28 - IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS  
LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL

C

M19.9

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 Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição                                      | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|---|-----------------|---------------|
| 01- _____   | 3.07.38.04-0                                     | TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR              | ___             | ___           |
| 02- _____   | 3.07.24.11-2                                     | BIOPSIA CIRÚRGICA COXO FEMORAL                      | ___             | ___           |
| 03- _____   | 3.07.38.05-9                                     | SUTURA LABRUM                                       | ___             | ___           |
| 04- _____   | 3.07.13.04-8                                     | ENXERTO ÓSSEO NO COLO FEMORAL                       | ___             | ___           |
| 05- _____   |  |   | ___             | ___           |
| 06- _____   |  | 1 PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA                       | ___             | ___           |
| 07- _____   |  | BOMBA DE INFUSÃO                                    | ___             | ___           |
| 08- _____   |  | 2 ANCORAS COM FIO HIFI ABSORVÍVEIS APROPRIADAS PARA | ___             | ___           |
| 09- QUADRIL |  | CABO DA CHAVE DE INSERÇÃO LONGO 26 CM               | ___             | ___           |
| 10- _____   |  | 1 OPSITE (STERIL DRAPE)                             | ___             | ___           |
| 11- _____   |  | 1 EQUIPO 10K  | ___             | ___           |
| 12- _____   |  | 1 LÂMINA SHAVER PARTES MOLES                        | ___             | ___           |
|             |  | 1 LÂMINA SHAVER PARTES ÓSSEAS                       | ___             | ___           |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

6

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

6 BLOCOS DE ENXERTO ÓSSEO BOVINO IOFILIZADO

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

\_\_\_\_\_

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

\_\_\_\_\_

44 - Código CNES

\_\_\_\_\_

45 - Observação / Justificativa

\_\_\_\_\_

**Paciente: EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER**

**ID: 95641**

**Idade: 60 anos      Sexo: Feminino**

**Data/Hora Exame: 07/01/2023 14h11**

**Data Nasc.: 28/03/1962**

**Dr.(a): TOMAS SEIBEL - CRM/PR 36495**

---

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL ESQUERDO**

### **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:**

Dor.

### **TÉCNICA DE EXAME:**

Exame realizado em aparelho de alto campo, nos planos axial, coronal, sagital e axial oblíquo alinhado com o colo femoral, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

Foi administrado meio de contraste paramagnético (gadolínio) por via intravenosa.

### **INTERPRETAÇÃO:**

Retificação da face anterossuperior da transição cabeça/colo femoral, com perda de sua concavidade habitual, associado a cistos e edema subcortical adjacente.

Formação osteolítica intraóssea no colo femoral, com tênue área de impregnação interna, inespecífica. Mede ao todo cerca de 2,7 x 2,7 x 2,6 cm.

Pequeno entesófito no trocânter femoral maior.

Demais estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.

- Ângulo alfa ( $\alpha$ ): **55,0°**.

Cartilagem articular com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.

Não há evidência de derrame articular significativo no quadril.

Ligamento redondo e ligamentos capsulares do quadril demonstram aspecto anatômico.

Degeneração com fina rotura na base da porção superior do lábio acetabular, sem destacamento.

Leve tendinopatia e peritendinite do glúteo mínimo, sem roturas.

Tendinopatia e peritendinite junto à origem dos isquiotibiais, sem roturas.

Demais estruturas musculotendíneas de aspecto habitual.

Feixes neurovasculares sem alterações.

  
**Dr. Jose Eduardo Colla**  
**CRM / PR 28194**

**Paciente: EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER**

**ID: 95641**

**Idade: 60 anos      Sexo: Feminino**

**Data/Hora Exame: 07/01/2023 14h11**

**Data Nasc.: 28/03/1962**

**Dr.(a): TOMAS SEIBEL - CRM/PR 36495**

---

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO**

### **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:**

Dor.

### **TÉCNICA DE EXAME:**

Exame realizado em aparelho de alto campo, nos planos axial, coronal, sagital e axial oblíquo alinhado com o colo femoral, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura. Foi administrado meio de contraste paramagnético (gadolínio) por via intravenosa.

### **INTERPRETAÇÃO:**

Retificação da face anterossuperior da transição cabeça/colo femoral, com perda de sua concavidade habitual. Afilamento condral com cistos subcondrais na porção anteroinferior do acetábulo. Demais estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.

- Ângulo alfa ( $\alpha$ ): **54,9°**.

Discreto derrame articular.

Ligamento redondo e ligamentos capsulares do quadril demonstram aspecto anatômico.

Degeneração com fissura na base da porção anterossuperior do lábio acetabular, sem destacamento.

Tendinopatia e peritendinite junto à origem dos isquiotibiais, sem roturas.

Demais estruturas musculotendíneas de aspecto habitual.

Feixes neurovasculares sem alterações.

  
**Dr. Jose Eduardo Colla**  
**CRM / PR 28194**



**Paciente: EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER**

**Idade: 60 anos**

**Sexo: Feminino**

**Data Nasc.: 28/03/1962**

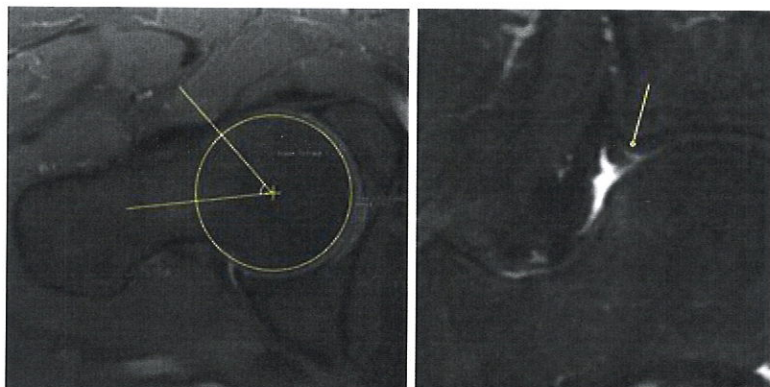
**Dr.(a): TOMAS SEIBEL - CRM/PR 36495**

**ID: 95641**

**Data/Hora Exame: 07/01/2023 14h11**

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Retificação da face anterossuperior da transição cabeça/colo femoral, com perda de sua concavidade habitual.
- Afilamento condral com cistos subcondrais na porção anteroinferior do acetábulo.
- Discreto derrame articular.
- Degeneração com fissura na base da porção anterossuperior do lábio acetabular, sem destacamento.
- Tendinopatia e peritendinite junto à origem dos isquiotibiais, sem roturas.



  
**Dr. Jose Eduardo Colla**  
**CRM / PR 28194**

**Paciente: EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER**

**Idade: 60 anos**

**Sexo: Feminino**

**Data Nasc.: 28/03/1962**

**Dr.(a): TOMAS SEIBEL - CRM/PR 36495**

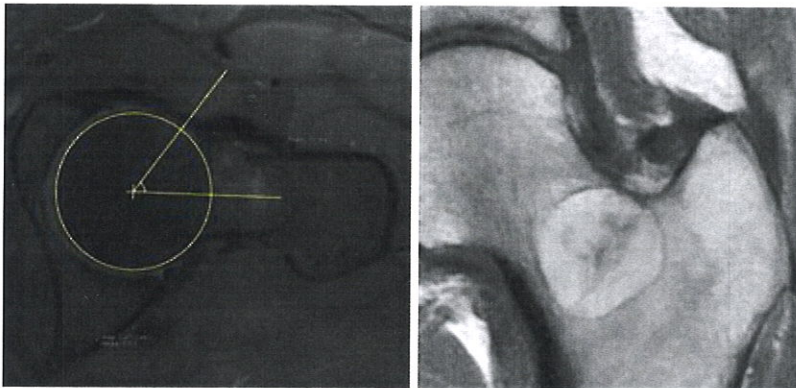
---

**ID: 95641**

**Data/Hora Exame: 07/01/2023 14h11**

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Retificação da face anterossuperior da transição cabeça/colo femoral, com perda de sua concavidade habitual, associado a cistos e edema subcortical adjacente.
- Formação osteolítica intraóssea no colo femoral, com tênue área de impregnação interna, inespecífica.
- Pequeno entesófito no trocânter femoral maior.
- Degeneração com fina rotura na base da porção superior do lábio acetabular, sem destacamento.
- Leve tendinopatia e peritendinite do glúteo mínimo, sem roturas.



  
**Dr. Jose Eduardo Colla**  
**CRM / PR 28194**




UNIPLAN 2-ENF  
 COLETIVO POR ADESAO



0 005 000000217389 4  
 EMILIA G S BEFFA  
 Nome do Beneficiário  
 28/03/1962  
 Data de Nascimento

COLETIVA  
 Acomodação

NÃO HÁ  
 Cobertura Parcial Temporária

0005  
 Atend.

ASSEMUR  
 Contratante

ADAPTADO  
 Plano

18/02/2016  
 Vigência do Plano

NACIONAL  
 Abrangência

NA04 BASICO  
 Rede de Atendimento

29/06/2024  
 Validade

11  
 Via

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA  
 Segmentação Assistencial do Plano



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME  
 EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
 3285097-9 SESP SP

CPF  
 440.681.239-34

DATA NASCIMENTO  
 28/03/1962

FILIAÇÃO  
 LUDOVICO STEIGENBERGER  
 MATILDE STEIGENBERGER

Nº REGISTRO  
 02291114715

VALIDADE  
 24/10/2023

1ª HABILITAÇÃO  
 26/08/1983

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1733830982

99958.8527