

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

JOSE ANTONIO DIAZ PARRA

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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela 35 - Código de Procedimento ou Item Assistencial

3.07.24.05.8

01-\_\_\_

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS

02-\_\_\_

03-\_\_\_

04-\_\_\_

LINER DE POLIETILENO CROSS LINKED

05-\_\_\_

2 PARAFUSOS ACETABULARES

06-\_\_\_

PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA

07-\_\_\_

ACETABULO SEM CIMENTO

08-\_\_\_

FEMUR NÃO CIMENTADO

09-\_\_\_

CABEÇA CERÂMICA 32

10-\_\_\_

4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

11-\_\_\_

12-\_\_\_

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Autorização 40 - Nome do Hospital 41 - Nome do Contratado 42 - Tipo da Recomendação Autorizada

DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

\_\_\_

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

\_\_\_

44 - Código CNES

\_\_\_

45 - Observação / Justificativa

\_\_\_

46 - Data da Solicitação

05/04/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Jômas Seibel  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião de Quadril

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_