

11/01

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 JOAO HENRIQUE RATTIO MARTINS	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	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado
21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação
24 - Regime de Internação	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		36 - Descrição		37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)			
3.07.24.05-8		TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS			
01-					
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 36			
09-		4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL			
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. 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	
PACIENTE ATIVO, QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE IMPORTADA DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.	
46 - Data da Solicitação	
47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	