



1 - Registro ANS

| 3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 |

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

| 2 | 0 | 8 | 0 | 6 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | |

4 - Data da Autorização

| 2 | 4 | / | 1 | 1 | / | 2 | 0 | 2 | 2 |

5 - Senha

| 2 | 0 | 2 | 2 | 5 | 0 | 1 | 3 | 0 | 5 | | | | | | | | | |

6 - Data de Validade da Senha

| 1 | 1 | / | 0 | 1 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

| 0 | 0 | 5 | 4 | 2 | 7 | 0 | 3 | 5 | | | | | | | | | |

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

| | |

10 - Nome

AUZINETE ARLINDO DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 4 | 1 | 0 | 4 | 7 | 6 | 0 | 2 |

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

| 4 | 1 | 0 | 5 | 8 | | | | | | | | | |

13 - Nome do Contratado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

GUILHERME RUFINI ISOLANI

15 - Conselho Profissional

| 0 | 6 |

16 - Número no Conselho

| 3 | 1 | 6 | 6 | 6 | | | | | | | | | |

17 - UF

| P | R |

18 - Código CBO

| 2 | 2 | 5 | 2 | 7 | 0 |

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

| 4 | 1 | 0 | 5 | 8 | | | | | | | | | |

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

| 2 | 2 | / | 1 | 1 | / | 2 | 0 | 2 | 2 |

22 - Caráter do Atendimento

| 1 |

23 - Tipo de Internação

| 2 |

24 - Regime de Internação

| 1 |

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

| 2 | | |

26 - Previsão de uso de OPME

| S |

27 - Previsão de uso de quimioterápico

| N |

28 - Indicação Clínica

Conforme justificativa médica

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
1 - 2 2	3 0 7 2 4 0 5 8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	1	1
2 - 1 8	6 0 0 3 4 0 6 8	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD	2	2
3 - 1 9	7 1 6 8 1 0 6 0	HASTE FEMORAL NAO CIMENTADA SUMMIT	1	1
4 - 1 9	7 1 6 9 7 0 1 2	COMPONENTE ACETABULAR METALICO - 881000044	1	1
5 - 1 9	7 5 8 7 1 2 3 8	Inserto de Polietileno para Implante de Quadril	1	1
6 - 1 9	7 7 3 8 1 2 1 1	Cabeça metálica para artroplastia de quadril	1	1
7 - 0 0	7 5 1 4 0 2 1 7	Sistema para Artroplastia de Quadril - MD Acetabular - 04.24.01.65020 - Parafuso Acetabular Ti Ø 6,5x20 mm	2	2
-				
-				
-				
-				
-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

| | | | | | | |

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

| 2 | | |

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

| 1 | 3 |

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

| 4 | 1 | 0 | 5 | 8 | | | | | | | |

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

44 - Código CNES

| 6 | 5 | 2 | 8 | 1 | 0 | 4 |

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

| 2 | 4 | / | 1 | 1 | / | 2 | 0 | 2 | 2 |

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização