

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

MARCIO ANTONIO RAMOS

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

10 - Nome

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538

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

PRÓTESE DO QUADRIL INFECTADA. NECESSITA RETIRAR

28 - Indicação Clínica  
ESPACADOR E COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO

DEFINITIVA

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)

3.07.24.05-8

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISÃO)

Procedimentos ou Itens Autorizados

3.07.25.15-1

OSTEOTOMIA ALONGADA DE FEMUR

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-				
02-				
03-		ACETABULO SEM CIMENTO EM TÂNTALO+ LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED		
04-		2 CABOS DE CERCLAGEM + 5 PARAFUSOS ACETABULARES		
05-		CABEÇA CERÂMICA 36 MM		
06-		2 OPSITES		
07-		1 HASTE FEMORAL FIXAÇÃO DISTAL TIPO WAGNER		
08-				
09-				
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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante  
Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização