

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	0032 00000629 33 278	8 - Validade da Carteira
PEDRO LUIS ENZ FAGA		
50 - Nome Social		
10 - Nome		

Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora					13 - Nome do Contratado					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					<div>União</div>					
14 - Nome do Profissional Solicitante					15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538							23.538			

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação						
19- Código na Operadora / CNPJ			20 - Nome do Hospital/Local Solicitado		21 - Data sugerida para internação	
2			5			
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 quimioterápicos	
DOR INTENSA no	QUADRIL esquerdo	COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.				
28 - Indicação Clínica						
paciente com limitação de amplitude de movimento,						
C						

29-CID 10 Principal (Opcional) M169 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)


34-Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-			ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO)		
02-			LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED		
03-			PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA		
04-			ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO		
05-			FEMUR CIMENTADO		
06-			CABEÇA CERÂMICA 32 MM		
07-			2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO		
08-			2 OPSITES		
09-			2 PARAFUSOS ACETABULARES		
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>

PACIENTE ATIVO QUE NÃO PRECISA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.
PREFERIR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; text-align: center;"> <p>Dr Rafael Leite de Pinho Tavares</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; text-align: center;">  </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>