

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

GENTIL FALASCA

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares

14 - Nome do Profissional Solicitante

Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.53815 - 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

DOR INTENSA no QUADRIL direito COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

28 - Indicação de Paciente com limitação de amplitude de movimento,
quadril direito

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 Solicitados

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO)

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01				
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

42 - Código de Referência

43 - Local do Hospital/Local Autorizado

44 - Código CNES

PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.
LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

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