

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

TALITA MARTINS PAIM

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

23 538

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

5

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

DOR INTENSA

23 - Tipo de Internação

no QUADRIL esq

24 - Regime de Internação

COM DIFICULDADE

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

PARA DEAMBULAR

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

paciente com limitação de amplitude de movimento,

(2)

C

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M89

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

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- _____

LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED

02- _____

PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA

03- _____

ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO

04- _____

FEMUR CIMENTADO

05- _____

CABEÇA CERÂMICA 32 MM

06- _____

2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO

07- _____

2 OPSITES

08- _____

2 PARAFUSOS ACETABULARES

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

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

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

Talita Martins Paim

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização