



1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 041 627 007	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome RODRIGO REEBERG PRESTI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 23538
	18 - UF PR	19 - Código CBO S ____

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação E E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 2 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 5

26 - Indicação Clínica

DOR INTENSA no QUADRIL esquerdo COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
paciente com limitação de amplitude de movimento,

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença C A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente ____ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal ____	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-				
2-	3.07.24.05-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)		
3-				
4-		LINER DE CERÂMICA		
5-		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA		

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		FEMUR CIMENTADO			
2-		CABEÇA CERÂMICA 36 MM			
3-		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO			
4-		2 OPSITES			
5-		2 PARAFUSOS ACETABULARES			

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____

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

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
---	---	--