

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome  
FLAVIO JOSE DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

E 2

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

1

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS  
LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL

C  
M19.9

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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	3.07.38.04-0	TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR		
02-	3.07.31.06-2	SINOECTOMIA PARCIAL		
03-	3.07.38.05-9	SUTURA LABRUM		
04-	6.00.24.16-0	TAXA DE VÍDEO		
05-				
06-		1 PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA		
07-		BOMBA DE INFUSÃO		
08-		2 ANCORAS COM FIO HIFI ABSORVÍVEIS APROPRIADAS PARA		
09-		CASO DA CHAVE DE INSERÇÃO LONGO 26 CM		
10-		1 OPSITE (STERIL DRAPE)		
11-		1 EQUIPO JOK		
12-		1 LÂMINA SHAVER PARTES MOLES		
		1 LÂMINA SHAVER PARTES ÓSSEAS		
		1 KIT CANULA		

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

22/05/2021

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Tomás Seibel  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Quadril  
CRM/PR 36.495 / TEOT 14.883

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização