

2- N°

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira				8 - Plano		9 - Validade da Carteira			
10 - Nome MARISTELA PEREIRA LIMA									
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				13 - Nome do Contratado					
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES				16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 23.538		18 - UF PR	
19 - Código CBO S									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Intimação									
20 - Código na Operadora / CNPJ				21 - Nome do Prestador HOSPITAL					
22 - Caráter da Intimação [] E - Eletiva [] U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Intimação [] 1 - Clínica [] 2 - Cirúrgica [] 3 - Obstétrica [] 4 - Pediátrica [] 5 - Psiquiátrica							
24 - Regime de Intimação [] 1 - Hospitalar [] 2 - Hospital-dia [] 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas [] 0 [] 3 []					
26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL DIREITO, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença [] C [] A - Aguda [] C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [] 0 [] 1 [] - [] M [] 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 [] M [] 1 [] 9 [] 9 []		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- []		[] 3 [] 0 [] 7 [] 2 [] 4 [] 0 [] 5 [] 8 []		ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL				[] 0 [] 1 []	
2- []		[]		[]				[]	
3- []		[]		[]				[]	
4- []		[]		[]				[]	
5- []		[]		[]				[]	
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
1- []		[]		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA		[] 0 [] 1 []		[]	
2- []		[]		ACETABULO SEM CIMENTO EM MALHA DE TITÂNIO		[] 0 [] 1 []		[]	
3- []		[]		LINER POLIETILENO CROSSLINKED		[] 1 []		[]	
4- []		[]		CABEÇA CERAMICA 32		[] 1 []		[]	
5- []		[]		HASTE FEMORAL CIMENTADA		[] 1 []		[]	
6- []		[]		CIMENTOS ORTOPEDICOS		[] 1 []		[]	
7- []		[]		KIT DE CIMENTAÇÃO		[] 1 []		[]	
8- []		[]		OPSITE		[] 1 []		[]	
9- []		[]		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL		[] 1 []		[]	
Dados da Autoriza									
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 - Observação									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM / PR 23.538									
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização									