

CASSI

ANS - n.º 34665-9

SOLICITAÇÃO DE SENHA COM UTILIZAÇÃO DE OPME

AF n.º 000/000/00

IDENTIFICAÇÃO

Código do Usuário	Nome do Usuário: <i>Edina Domingues de Souza Simões</i>
CPF/CNPJ do Credenciado	Nome do Credenciado
CRM do médico solicitante	Nome do médico solicitante: <i>Walter Taki</i>

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

TGA <i>30724058</i>	Qtd <i>01</i>	TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd
TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd	CID-10	Qtd
Situação do Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Eletivo <input type="checkbox"/> 2 - Urgência (autorização deve ser solicitada pelo 0800-729-0080)		Data provável da Internação: <i>/ /</i>		Qtd. dias solicitados <i>02</i>		Data prevista para a realização do procedimento: <i>/ /</i>	

Informar DDD n.º do telefone e n.º do fax para resposta

DDD número do fax (campo obrigatório)

Qtd de Folhas incluindo esta

DDD número do tel. (campo obrigatório)

Fax:

Tel. para contato:

JUSTIFICATIVA COM HISTÓRICO E EXAME FÍSICO (ENVIAR LAUDOS DE EXAMES COMPROBATORIOS VIA FAX):

Paciente que sentou dor no quadril, evoluindo com impotência funcional e dificuldade para deambular.

MATERIAL ESPECIAL (ENCAMINHAR 3 (TRÊS) OPÇÕES DE MARCA/MODELO/FABRICANTE UTILIZE O VERSO PARA AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO)

CÓDIGO CASSI	REGISTRO DA ANVISA	DESCRIÇÃO DA OPME	FORNECEDOR/FABRICANTE	QTD	VALOR UNITÁRIO
		<i>Prótese total quadril híbrida</i>			
		<i>-> acetábulo sem cemento</i>			
		<i>-> haste polietileno crosslinked</i>			
		<i>-> cabeça cerâmica 32</i>			
		<i>-> haste femoral cimentada</i>			
		<i>-> cimento ortopédico</i>			
		<i>-> kit cimentação</i>			

LOCAL E DATA**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE**

-> Ortopedia
-> Kit hongo pulsatil descartável
Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000

Fax para envio deste formulário: 0xx(11) 2106-0081