

1 - Registro ANS

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

FRANCIELI PAULA FERREIRA GODOFREDO

11 - Cartão Nacional de Saúde

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia

13 - Nome do Contratado

HEL

14 - Nome do Profissional Solicitante

CRM 23.538

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

23538

17 - UF

18 -

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida p

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso

28 - Indicação Clínica

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

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

01 -

3.07.38.04-0

TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR

02 -

3.07.38.02-4

SINOVECTOMIA PARCIAL

03 -

3.07.38.05-9

SUTURA LABRUM

04 -

TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL

05 -

06 -

07 -

2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles extendidas

08 -

BOMBA DE INFUSÃO

09 -

2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HIFI APROPRIADAS PARA C

10 -

1 OPSITE (STERIL DRAPE)

11 -

1 EQUIPO 10K

12 -

1 Ponteira VAPORIZAÇÃO 90º com aspiração

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

2 FIOS HI-FI PARA SUTURA DA CÁPSULA

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - C