

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

97 0002 000 941 64 25

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Joabe Doni Botoman

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

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

ISCAL

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor no quadril direito. radiografia mostra artrose avançada. Necessaria artroplastia do quadril direito e reconstrução do teto acetabular com implante ONKO

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M16.9

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	3072405-8	Artroplastia do quadril ①		
02	3073202-6	Implante ONKO		
03		protese femoral reconstrução	01	
04		cabeça em cerâmica	01	
05		componente acetabular reconstrução	01	
06		fixação em polietileno cross linked	01	
07		cabeça acetabular em titânio	01	
08				
09				
10				
11				
12				

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

06/04/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Márcio N. Miyasaka
CRM 24650

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização