

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  
ANTONIO SCHERLOWSKI

8 - Validade da Carteira  
/ /

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

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  
2

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação  
5

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

ARTROSE DE QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.

C

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	3.07.24.05-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU		
02	3.07.31.12-7	TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS		
03		LINER POLIETILENO CROSSLINKED		
04		2 PARAFUSOS ACETABULARES		
05		PROTESE TOTAL DE QUADRIL		
06		ACETABULO DUPLA MOBILIDADE		
07		HASTE FEMORAL CIMENTADA		
08		CABEÇA DE METÁLICA 32		
09				
10				
11				
12				

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.  
LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE IMPORTADA

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

Dr. Tomás Seibel

46 - Data da Solicitação  
12/02/2014

47 - Assinatura do Profissional Solicitante  
CRM / PR 35.295

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização