

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

000 5 000 00 30035638

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

APARECIDA VALERIANO PANICIO

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia

14 - Nome do Profissional Solicitante

CRM 23.538

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

23 538

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

5

21 - Data sugerida para internação

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 de quimioterápico

DOR INTENSA no QUADRIL direito COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

28 - Indicação Clínica

C

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M169

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

3 07 24 05 8

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|---|-----------------|---------------|
| 01- | | | | |
| 02- | | LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED | | |
| 03- | | PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA | | |
| 04- | | ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO | | |
| 05- | | FEMUR CIMENTADO | | |
| 06- | | CABEÇA METAL 32 MM | | |
| 07- | | 2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO | | |
| 08- | | 2 OPSITES | | |
| 09- | | 2 PARAFUSOS ACETABULARES | | |
| 10- | | | | |
| 11- | | | | |
| 12- | | | | |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Observação / Justificativa
PACIENTE ATIVO QUE NECCESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.
LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização