

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

0 150 0000 16952 392

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

MARIA BONFIM DA ROCHA

10 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

23538

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

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

paciente com limitação de amplitude de movimento,

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 Solicitados

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-		LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED		
02-		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA		
03-		ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO		
04-		FEMUR CIMENTADO		
05-		CABEÇA CERÂMICA 32 MM		
06-		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO		
07-		2 OPSITES		
08-		2 PARAFUSOS ACETABULARES		
09-				
10-				
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização