

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

MARIA SILVIA DELIBERADOR

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

Rafael L. Pinho Feres
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 2253815 - 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

DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
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 Assistenciais Solicitados

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

PACIENTE ATIVA QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES
LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

IGUAL AO LADO ESQUERDO

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Rafael L. Pinho Feres
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 22538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização