

1 - Registro ANS	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	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	

ROBERTO ALVES DE SIQUEIRA

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
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia

23.538

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados do Beneficiário	
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado
21 - Data sugerida para internação	

E

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
-----------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------------	--

2

FRATURA DE ACETÁBULO ANTIGA E OSTEOMIELEITE DA BACIA
E DO QUADRIL DIREITO E COM ARTROSE
NECESSITA RETIRAR PLACAS DO QUADRIL E CONFEÇÃO DE ESPAÇADOR DE CIMENTO
E ANTIBIÓTICO

C

29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição			
01 -					
02 -					
03 -	3.07.10.03-0	RETIRADA DE placas			
04 -	3.07.23.07-8	osteomielite da pelve,- tratamento cirúrgico			
05 -	3.07.24.08-2	confeção de espaçador -artroplastia parcial			
06 -					
07 -					
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	

1 FIO DE STEIMANN
2 DOSES DE CIMENTO ORTOPÉDICO

45 - Observação / Justificativa	
---------------------------------	--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

Roberto Alves de Siqueira