

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

50957402

9 - Nome

MARCELO MARTINEZ

10 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

11 - Código do Contratado na Operadora

12 - Nome do Contratado

13 - Nome do Profissional Solicitante

14 - Conselho Profissional

15 - Número no Conselho

16 - UF

17 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora

19 - Nome do Hospital/Clinica

20 - Data sugerida p/ Internação

21 - Caráter da Internação

☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

22 - Tipo de Internação

☒ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

23 - Regime de Internação

☒ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar

24 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

25 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE

possui espondiloliteose degenerativa  
com perda mobilidade esp. pélvica  
libera pretese dupla mobilidade

Hipóteses Diagnósticas

26 - Tipo Doença

☒ A - Aguda ☐ C - Crônica

27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias

28 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros ☐ 9 - Não se aplica

29 - CID 10 Principal

M16.9

30 - CID 10 (2)

R52.9

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

33 - Tabela

34 - Código do Procedimento

35 - Descrição

36 - Qtde. Solicit 37 - Qtde. Aut

1- 30172140518

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL; QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO

2-

PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA CERA-CERA:

3-

ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR

4-

LINER ACETABULAR CERAMICA

5-

HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO

6-

CABECA FEMORAL CERAMICA

7-

02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL

8-

Dados da Autorização

38 - Data Provável da Admissão Hospitalar

39 - Qtde. Diárias Autorizadas

40 - Tipo da Acomodação Autorizada

41 - Código / Registro do Contratado na Operadora

42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada

43 - Código CNES

44 - Observação

45 - Assinatura do Médico Solicitante

46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

47 - Assinatura do Responsável pela Autorização

DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DO QUADRIL  
CRM-PR 31666