

10 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares

12 - Código na Operadora

Ortopedia e Traumatologia

13 - Nome do Contratado

CRM 23.538

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

5

21 - Data sugerida

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 duração

DOR INTENSA no QUADRIL direito COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

28 - Indicação Clínica

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solicitada

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 METAL 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 da Operadora / CNPJ Autorizada

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 -

45 - Observação / Justificativa