

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	
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	

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

28 - Indicação Clínica	
IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS	
LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL	
QUADRIL ESQ	

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	3.07.38.04-0	TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR		
02-	3.07.38.02-4	SINOECTOMIA PARCIAL		
03-	3.07.38.05-9	SUTURA LABRUM		
04-		TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL		
05-				
06-				
07-				
08-		2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles extendidas		
09-		BOMBA DE INFUSÃO		
10-		2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HI-FI APROPRIADAS PARA QUADRIL		
11-		1 OPSITE (STERIL DRAPE)		
12-				

Dados de Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas
41 - Tipo de Acomodação Autorizada	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES

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