

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 _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
10 - Nome DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI		9 - Atendimento a RN _____	
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 Tavares Ortopedia / Traumatologia CRM: 23538		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 ____E____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado _____	
21 - Data sugerida para internação ____/____/____			
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Internação _____	24 - Regime de Internação LS	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____
26 - Previsão de uso de OPME _____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____	
28 - Indicação Clínica DOR INTENSA no QUADRIL direito 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
01- _____	3.07.24.05-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO)	_____
02- _____			_____
03- _____			_____
04- _____		LINER DE POLIETILENO-CROSSLINKED	_____
05- _____		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA	_____
06- _____		ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO	_____
07- _____		FEMUR CIMENTADO	_____
08- _____		CABEÇA CERÂMICA 32 MM	_____
09- _____		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO	_____
10- _____		2 OPSITES	_____
11- _____		2 PARAFUSOS ACETABULARES	_____
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 _____			
45 - Observação / Justificativa PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.			
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Rafael L. Pinho Tavares Ortopedia / Traumatologia CRM: 23538	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	