

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

MARINA SAFI LAPPE

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

E 2

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

/ /

22 - Caráter do Atendimento

2

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

5

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

ARTROSE DE QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.

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	38 - Qtde Aut
01-	3.07.24.05-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)		
02-	3.07.31.12-7	TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS		
03-		LINER POLIETILENO CROSSLINKED		
04-		2 PARAFUSOS ACETABULARES		
05-		PROTESE TOTAL DE QUADRIL		
06-		ACETABULO DUPLA MOBILIDADE		
07-		HASTE FEMORAL CIMENTADA		
08-		CABEÇA DE METÁLICA 32		
09-				
10-				
11-				
12-				

Dados da Autorização

PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE IMPORTADA

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

Dr. Tomas Seibel

46 - Data da Solicitação

03/01/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Cirurgião de Quadril

CRM/PR 56495/FEOT 14.883

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização