

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

EDSON JOSE PORCINELLI

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 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

3.07.24.05-8

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela

01- _____

35 - Código do Procedimento ou Item

3.07.31.12-7

36 - Descrição

TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

02- _____

03- _____

04- _____

05- _____

06- _____

07- _____

08- _____

09- _____

10- _____

11- _____

12- _____

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

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

46 - Data da Solicitação

19/12/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Tomás Seibel
Ortopedia e Traumatologia
CRM / PR 26.495 / TEOT 14.883

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
