

GUIA DE SOLICITAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

	DE	INTERNAÇÃO			
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atrib	puído pela Operadora				
3,4,3,2,6,9					
- Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data					de da Senha
				/ /	
Dados do Beneficiário					
^{7-Nu} ปียัสซิลิปีฟิลิ SURMANI GONCA	LVES	8 - Validade da G		tendimento	a RN
	22060				
10 - Nome 005 00000	220,203	, 1	11 - Cartão Nacional d	le Saúde	
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora	13 - Nome	do Contratado			
Dr Rafaelile	eite de Pinho Tavares				
	e Traumatologia	15 - Conselho 16 - Número no	Conselho —		17 - UF 18 - Código CBO
	M 23.538	Profissional	3538	1 1 1	17 - Couling CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Inte	rnação				
19- Codigo na Operadora / CNPJ	20 - Nome	do Hospital / Local Solicitado		21 - 1	Data sugerida para internação
		HEN			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Interna	ção 25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Pre	visão de uso de quimioterápico
	<u></u>		<u></u>		
DOR INTENSA no QUADRIL DIR 28 - Indicação Clínica			BULAR.		
paciente com limitação de amp	olitude de movir	nento,			
,					
С					
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opc	ional) 31 - CID 10 (3) (6	Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcior	22 Indianas de Asido	ata (a alda u	a au donnes estesione del
25-GIB TO TIME (Operiorial)	1 1 1 1 1	52 - CID 10 (4) (Opcidi	35 - Indicação de Acidei	ite (acidem	e ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Appistenciaio Solicitados					
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou	ARTROPLAS 36 - Descrição	TIA TOTAL DE QUADRI	L (QUALQUER TECNI	CA QU 37 - Qtde	VERSAO) Solic 38 Qtde Aut
	1				
02-1 1 1 1 1 1	1				
03-1	LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED				
PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA					
ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO					
FEMUR CIMENTADO					
CABEÇA CERAMICA 32 MM					
2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO				- -	
09-1	2 OPSITES				
10-1	2 PARAFUSO	S ACETABULARES		- -	
11-1				- -	
12-1					
Dados da Autorização				-	
	Qtde. Diarias Autorizada	s 41 - Tipo da Acomodação Au	torizada		
1 1 10 1 10 1 1 1 1	1 1 1 1		300000000000000000000000000000000000000		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	TA REALIZAR PR	ÓTESE DE QUADRIL, Hospital / Local Autorizado	POUCAS COMORBIDA	ADES.	44 - Código CNES
LIBERAR PREFERENCIALMENTE,	PROTESE COM	DURABILIDADE AUME	NTADA		
45 - Observação / Justificativa				*	
	1/	//.			
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatu	ira do Professional Solicita	inho Tavares 48 - Assinatura do	Beneficiario ou Responsável	49 - Assinati	ra do Responsável pela Autorização
71 - 733 Hall	Ortopedia e Traum		Belletelar b ou responsaver	.s . reemall	pela Autorização

CRM 23.538