

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

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Ruth Kiiko Hayashi

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Rafael L. Pinho Tavares

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

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

Conartrose esquerda + artrose lombar grave e "flat back" (risco de luxação)  
Solicito ATQ dupla mobilidade c, possivelmente de parafusos.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M16.9

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

Prótese total do quadril  
híbrida dupla mobilidade  
1 cabeça femur metal  
1 haste femoral + 1 restritor coral  
3 ades cimento  
1 acetábulo dupla mobilidade (Zimmer or Lin)  
1 liner acetábulo  
1 kit cimento pó  
1 kit campos desmontáveis  
2 sprites  
2 parafusos acetabulares

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

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

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