

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

00 97 00000 105 96 14 8

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome do Beneficiário

10 - Nome

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia

14 - Nome do Profissional Solicitante

CRM 23.538

15 - Conselho  
Profissional

16 - Número no Conselho

23 538

17 - UF

18 - Código CBO

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

1

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Hosp (01)

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

IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS

28 - Indicação de CID

LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL

QUADRIL esquerdo

C

M19.9

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M19.9

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

TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR

36 - Descrição do Procedimento

37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut

01 -	3.07.38.04-0	3.07.38.05-9	SUTURA LABRUM		
02 -			TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL		
03 -					
04 -					
05 -			2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles, extendidas		
06 -			BOMBA DE INFUSÃO		
07 -			2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HIFI APROPRIADAS PARA QUADRIL		
08 -			1 OPSITE (STERIL DRAPE)		
09 -			1 EQUIPO 10K		
10 -			1 Ponteira VAPORIZAÇÃO 90º com aspiração		
11 -			1 KIT CÂNULAS		
12 -			2 FIOS HI-FI PARA SUTURA DA CÁPSULA		

## 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

45 - Observação / Justificativa

44 - Código CNES

46 - Data da Solicitação

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome