

1 - Registro ANS 343269		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 0242 9247 000000 253 SANDRO BUENO SANTOS		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social					
10 - Nome					
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Dr Rafael Leite de Pinho Tavares			
14 - Nome do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho 23538	
17 - UF		18 - Código CBO			
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 2		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 5 Hospital do Coração		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 - Motivo da Internação DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. paciente com limitação de amplitude de movimento, 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 30724058		36 - Descrição do Procedimento ou Item Assistencial ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)	
37 - Qtde Solic		38 - Qtde Aut			
01		LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED			
02		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA			
03		ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO			
04		FEMUR CIMENTADO			
05		CABEÇA CERÂMICA 32 MM			
06		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO			
07		2 OPSITES			
08		2 PARAFUSOS ACETABULARES			
09					
10					
11					
12					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código do Local Autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA					
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					