

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 000 5 000 000 53 58 57 7		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Social			
10 - Nome Neura Maria Mazzaro Akaiski			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM-PR 17905		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho 17 905		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Unioeste	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápicos	
28 - Indicação Clínica Dor + Deformidade Joelho Esquerdo			
29 - CID 10 Principal (Opcional) M17.9		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		37 - Qtde Solic	
38 - Qtde Aut			
01 -		30726034	
02 -		Artroplastia Joelho	
03 -			
04 -			
05 -			
06 -			
07 -			
08 -			
09 -			
10 -			
11 -			
12 -			
13 -			
14 -			
15 -			
16 -			
17 -			
18 -			
19 -			
20 -			
21 -			
22 -			
23 -			
24 -			
25 -			
26 -			
27 -			
28 -			
29 -			
30 -			
31 -			
32 -			
33 -			
34 -			
35 -			
36 -			
37 -			
38 -			
39 -			
40 -			
41 -			
42 -			
43 -			
44 -			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM-PR 17905	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Neura M. M. Akaiski		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	