

1 - Registro ANS		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 0005 0000006554612		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN ENP
10 - Nome Social			
10 - Nome Sueli Delide Carneiro de Carvalho			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Proença		15 - Conselho Profissional 2828L	16 - Número do Conselho PR
17 - UF		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Oriente	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter do Atendimento Cirurgia	23 - Tipo de Internação Ativo	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica Paciente com artrose degenerativa em joelho esquerdo, com redução do espaço articular, dor intensa, limitação funcional. Indica tratamento cirúrgico com artroplastia total de joelho.			
29 - CID 10 Principal (opcional) M170	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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.
1- <input type="checkbox"/>	3072610314	Artroplastia total de joelho	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Kit de Protez total de Joelho Persson PS	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Cimento opaco	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Kit de lavagem PVLSE	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 30/03/2023		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa Dr. Alexandre Proença Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho 03/2023 - TEST 2023			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização Material ARTHEON	