

|   |  |   |                 |
|---|--|---|-----------------|
| 1 - Registro ANS<br>338648  |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>   |                 |
| 4 - Data da Autorização<br>   |  | 5 - Senha<br>   |                 |
| 6 - Data de Validade da Senha<br>   |  |   |                 |
| Dados do Beneficiário   |  |   |                 |
| 7 - Número da Carteira<br>287 10 501  |  | 8 - Validade da Carteira<br>  |                 |
| 9 - Atendimento a RN<br>  |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>   |                 |
| 10 - Nome<br>Luia Helena de Fosa Guefelo  |  |   |                 |
| Dados do Contratado Solicitante   |  |   |                 |
| 12 - Código na Operadora<br>  |  | 13 - Nome do Contratado<br>Unorte   |                 |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz<br>Ortopedista<br>CRM/PR 17905 |  | 15 - Conselho Profissional<br>  |                 |
| 16 - Número no Conselho<br>17 905   |  | 17 - UF<br>   |                 |
| 18 - Código CBO<br>   |  | 19 - Código na Operadora / CNPJ<br>   |                 |
| 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br>  |  | 21 - Data sugerida para internação<br>  |                 |
| 22 - Caráter do Atendimento<br>   |  | 23 - Tipo de Internação<br>   |                 |
| 24 - Regime de Internação<br>   |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>03  |                 |
| 26 - Previsão de uso de OPME<br>  |  | 27 - Previsão de uso de quimioterápico<br>  |                 |
| 28 - Indicação Clínica<br>Dart + deformação do joelho ex<br>s/ melhora c/ fisioterapia                    |  |   |                 |
| 29 - CID 10 Principal<br>M17.9  |  | 30 - CID 10 (2)<br>   |                 |
| 31 - CID 10 (3)<br>   |  | 32 - CID 10 (4)<br>   |                 |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>   |  |   |                 |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  |  |   |                 |
| 34 - Tabela   | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição  | 37 - Qtde Solic |
| 01-   | 30.7260.34                                       | Artroplastia total  |                 |
| 02-   |  | Joelho exs  |                 |
| 03-   |  |   |                 |
| 04-   |  |   |                 |
| 05-   |  |   |                 |
| 06-   |  |   |                 |
| 07-   |  |   |                 |
| 08-   |  |   |                 |
| 09-   |  | Kit prótese total   |                 |
| 10-   |  | Joelho importado  |                 |
| 11-   |  |   |                 |
| 12-   |  |   |                 |
| Dados da Autorização  |  |   |                 |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar<br>   |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>  |                 |
| 41 - Tipo da Acomodação Autorizada<br>  |  | 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br>  |                 |
| 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br>  |  | 44 - Código CNES<br>  |                 |
| 45 - Observação / Justificativa<br>   |  |   |                 |
| 46 - Data da Solicitação<br>  |  | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz<br>Ortopedista<br>CRM/PR 17905 |                 |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>  |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>   |                 |