

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha <i>enf.</i>	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <i>00500000 3068 9042</i>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social <i>Margareida Makiyama</i>
10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>
16 - Número do Conselho <i>26281</i>	17 - UF <i>PR</i>
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unorte</i>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>Eleitiva</i>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>3</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica <i>Apresenta artropatia degenerativa com diminuição do espaço articular de intensa e VARO ++ em joelho direito. Encaminhado para tratamento cirurgico de Artroplastia total de joelho com implante.</i>

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<i>30172160314</i>	<i>Artroplastia total de joelho</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<i>Kit prótese total de joelho - zimmer</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<i>721319181818</i>	<i>Cimento osseo</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		<i>Kit lavagem pulso</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>19/10/23</i>	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 <i>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho 2628111 1201136</i>	<i>Material Artium</i>
---	------------------------

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---