

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 000.500.000.55.17.9080		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome Rosa Maria Fioravante			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza		15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28281
17 - UF PR		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 Cirúrgico	23 - Tipo de Internação Eleito	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <p>Paciente com Artropatia degenerativa, redução dos espaços articulares, apresenta limitação funcional, dor intensa em joelho direito. Encaminhado para cirurgia.</p>			
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. 01
1- <input type="checkbox"/>	30.712.610.314	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"/>			<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	35.215.510	Kit Prótese total de joelho - Zimmer	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	42.291.818	Cimento osso	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Kit lavagem Pulse	<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 07/03/24		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 <p>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia de Joelho CRM 28281-1 RPP 12361</p> <p>Material Arthron</p>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			