



1 - Registro ANS

| 3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 |

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

| 2 | 4 | 9 | 8 | 9 | 1 | 5 |

4 - Data da Autorização

| 0 | 5 | / | 1 | 0 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

5 - Senha

| 2 | 0 | 2 | 3 | 4 | 3 | 0 | 9 | 2 | 2 |

6 - Data de Validade da Senha

| 2 | 0 | / | 1 | 0 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

| 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 |

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

| N |

10 - Nome

MARIA AUGUSTA DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

| 7 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 8 | 5 | 4 | 8 | 7 | 5 | 4 | 7 | 7 |

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

| 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |

13 - Nome do Contratado

HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA

14 - Nome do Profissional Solicitante

MARCUS VINICIUS DANIELI

15 - Conselho Profissional

| 0 | 6 |

16 - Número no Conselho

| 1 | 8 | 7 | 3 | 4 |

17 - UF

| P | R |

18 - Código CBO

| 2 | 2 | 5 | 2 | 7 | 0 |

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

| 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA

21 - Data sugerida para internação

| 0 | 7 | / | 0 | 8 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

22 - Caráter do Atendimento

| 1 |

23 - Tipo de Internação

| 2 |

24 - Regime de Internação

| 1 |

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

| 2 | | |

26 - Previsão de uso de OPME

| S |

27 - Previsão de uso de quimioterápico

| N |

28 - Indicação Clínica

artrose joelho

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)

| 2 |

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|---|-----------------|---------------|
| 1 - 2 2 | 3 0 7 2 6 0 3 4 | Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico | 1 | 1 |
| 2 - 1 8 | 6 0 0 3 4 0 6 8 | DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD | 1 | 1 |
| 3 - 1 9 | 7 1 9 3 1 3 3 3 | COMPONENTE FEMORAL COM RESTRICAO SEM REVESTIMENTO - 42-5006-062-01 | 1 | 1 |
| 4 - 1 9 | 7 2 4 6 6 6 1 8 | Cimento Ósseo Hi-Fatigue - 00-1120-140-01: CIMENTO ÓSSEO HI-FATIGUE 1X40G | 2 | 2 |
| 5 - 0 0 | 7 4 9 4 5 4 3 2 | PLATÔ TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5114-005-10 COMPONENTE TIBIAL DE | 1 | 1 |
| 6 - 0 0 | 7 4 9 3 2 5 8 6 | BASE TIBIAL METÁLICA - 42-5320-067-01 BASE TIBIAL CIMENTADA PERSONA, 5°, Esg. Tam D | 1 | 1 |
| 7 - 1 9 | 7 8 2 3 0 2 1 7 | PULSE LAVAGE SOLOMAX | 1 | 1 |
| 8 - | | | | |
| 9 - | | | | |
| 10 - | | | | |
| 11 - | | | | |
| 12 - | | | | |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

| | | | | | | |

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

| 1 | | |

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

| 1 | 3 |

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

| 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA

44 - Código CNES

| 2 | 5 | 5 | 0 | 7 | 9 | 2 |

45 - Observação / Justificativa

30726034 - Favorável ao procedimento.

Encaminhado ao OPME para adequação de materiais conforme consenso com médico assistente:

"Autorizo a troca

opções sugeridas para substituição:

1.Nexgen (zimmer)

46 - Data da Solicitação

| 0 | 5 | / | 1 | 0 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização