

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização		5 - Sentença	6 - Data de Validade da Sentença	
7 - Número da Carteira <b>0005000005792 337</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Alodimento de RH	
10 - Nome Social				
10 - Nome <b>Sonia Maria Faria Pereira</b>				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Proenza</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28.284</b>	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>União</b>		
21 - Data sugerida para internação				
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eletivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas <b>3</b>	
26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>		27 - Previsão de uso de Cateteres/Drainagem		
28 - Indicação Clínica <b>Paciente com Osteoartrose tricompartmental, com redução do espaço articular, Jato triplo em joelho direito, dor intensa. Encaminhado para tratamento cirurgico artroplastia total de joelho.</b>				
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 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<b>1301261034</b>	<b>Artroplastia Total de joelho</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kit protese total de joelho - zimmer</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<b>110131978888</b>	<b>Cimento osso</b>	<b>02</b>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kit lavagem pulso</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>19/10/23</b>		40 - Qtd 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 <b>Dr. Alexandre Proenza</b> <b>Ortopedia/Traumatologia</b> <b>Cirurgia do Joelho</b> <b>CRM: 28241 - TEOT 12360</b> <b>Material Instrum</b>				
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				