

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 0005 00000 1792337		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome Sonia Maria Faria Pereira			
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 2828 L
		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 Corangeli	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento cirurgico	23 - Tipo de Internação eletivo	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 Paciente com Osteoartrite tricompartmental, com redução do espaço articular, Jato triplo em joelho Direito, dor intensa. Encaminha A tratamento cirurgico Artroplastia total de 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)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30712601314	Artroplastia total de joelho	011
2- <input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		Kit protese total de joelho - Zimmer	011
8- <input type="checkbox"/>	7123191781818	fixação osses	011
9- <input type="checkbox"/>		Kit lavagem pulse	011
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 04/01/23		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 Material Arthron			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre Provenza	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	