

|   |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|--|--|--------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 1 - Registro ANS<br>3 4 3 2 6 9                                 |  | 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<br>150 000 000 144 2016                  |  | 8 - Validade da Carteira   |  | 9 - Atendimento a RN                     |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 10 - Nome<br>Felício Jorge Filho                                |  |  |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde            |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Dados do Contratado Solicitante                                 |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 12 - Código na Operadora  |  | 13 - Nome do Contratado  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>Marcus V. Danielli     |  | 15 - Conselho Profissional   |  | 16 - Número no Conselho                  |  | 17 - UF                              |  | 18 - Código CBO   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação      |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ                                 |  | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br>UNORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA |  |  |  | 21 - Data sugerida para internação   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 22 - Caráter do Atendimento<br>E                                |  | 23 - Tipo de Internação<br>U   |  | 24 - Regime de Internação<br>A           |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>02 |  | 26 - Previsão de uso de OPME<br>H                           |  | 27 - Previsão de uso de quimioterápico |  |  |  |  |  |   |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>Artrose Joelho ER<br>+ Pot phos calce |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 29 - CID 10 Principal (Opcional)<br>M17                         |  | 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 ou Item Assistencial                           |  | 36 - Descrição                           |  |                                      |  | 37 - Qtde Solic   |  | 38 - Qtde Aut                          |  |  |  |  |  |   |  |
| 01- 3072  |  | 6034   |  | Artroplastia total                       |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 02- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 03- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 04- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 05- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 06- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 07- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 08- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 09- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 10- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 11- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 12- 3071  |  | 0030   |  | Retirada placas e parafusos              |  |                                      |  | 01  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Dados da Autorização  |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar                       |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas   |  | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada       |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado                      |  |  |  | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado |  |                                      |  | 44 - Código CNES  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 45 - Observação / Justificativa                                 |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 46 - Data da Solicitação  |  |  |  |  |  |                                      |  |   |  |  |  | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Dr. Marcus V. Danielli<br>CRM/PR 18.734 |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |