

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0117 000000807097</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Satima Aparecida da Silva</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>
		17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Unioeste</b>	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>urgencia</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>3</b>
		26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Paciente c/ Artropatia degenerativa da interseta com piora progressiva acompanhada de hidrartrose local em Joelho Direito, redução do espaço articular, apresenta "Bloqueio". Encaminhado p/ cirurgia de Artroplastia Total de Joelho c/ urgência</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 - Qtde. Solic.
1- <input type="checkbox"/>	<b>31017121610314</b>	<b>Artroplastia total de joelho</b>	<b>01</b>
2- <input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>		<b>Kit prótese total de joelho - Zimmer</b>	<b>01</b>
7- <input type="checkbox"/>		<b>biomaterial osso</b>	<b>01</b>
8- <input type="checkbox"/>		<b>Kit de lavagem pulso</b>	<b>01</b>
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
38 - Qtde. Aut.			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>11/04/2024</b>		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 <b>Dr. Alexandre Provenza</b> <b>Ortopedia/Traumatologia</b> <b>Cirurgia de Joelho</b> <b>CRM 20201 - TEOT 12360</b> <b>material</b> <b>Antrom</b>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	