

1 - Registro ANS 005711		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		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante		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	
21 - Data Sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de Uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			
29 - CID 10 Principal 30 - CID 10 (2) 31 - CID 10 (3) 32 - CID 10 (4) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			

PROTESE TOTAL JOELHO
Direito

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- []	30226034	PROTESE JOELHO	[]	[]
02- []			[]	[]
03- []			[]	[]
04- []			[]	[]
05- []			[]	[]
06- []			[]	[]
07- []			[]	[]
08- []			[]	[]
09- []			[]	[]
10- []			[]	[]
11- []			[]	[]
12- []			[]	[]

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	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			

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

Solicitação de Autorização de Materiais Especiais

Hospital possui acordo para procedimento padronizado (pacote) para o evento solicitado? ☐ Sim ☐ NãoO segurado encontra-se internado para realização do procedimento solicitado? ☐ Sim ☐ NãoO segurado não está internado mas o procedimento solicitado é decorrente de fratura? ☐ Sim ☐ NãoSolicitante
DR JOAO PAULO GUERREIROData da Solicitação
01/06/2023Hospital/Clinica
UNIORTE

Código de referenciamento do Hospital/Clinica

Telefone do Hospital/Clinica
(43)33770914Nome do segurado (paciente)
PRISCILA CHAVES DIAS RABELOMatrícula
855223300019013Idade
47Sexo
☐ M ☐ F

Procedimento(s) cirúrgico(s)

ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO DIREIRO

Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)
30726034Nome do médico cirurgião
JOAO PAULO GUERREIRO

CPF

CRM
28617Telefone do Consultório
(4333770900Celular
() -

Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)

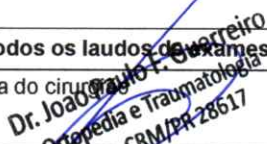
ARTROSE DE JOELHO DIREITO

Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			COMPONENTE FEMOREAL PERSON	01 ⁸
2			COMPONENTE TIBIAL DE POLIETILENO VIVACITY CROSS LINKED	01
3			BASE TIBIAL CIMENTADA PERSONA	01
4			COMPONENTE HASTE TIBIAL PERSONA	01
5			CIMENTO OSSEO COM ATB STD	02
6				
7				
8				
9				
10				

Anexar todos os laudos de exames que justifiquem a indicação cirúrgica.

Assinatura do cirurgião


Dr. Joao Paulo Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

Os campos são de preenchimento obrigatório, a falta de um deles prejudicará a análise

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374