

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>0005 00000 621 52206</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		

## 10 - Nome

*Otênio Bezerra da Paz*

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	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>Uniate</b>	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>Eletivo</i>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

## 28 - Indicação Clínica

Paciente com artropatia degenerativa, redução do espaço articular, com dor intensa em joelho direito. Encaminho p/ tratamento cirurgico (poro) de 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"/>	<b>31072610314</b>	<i>Artroplastia total de joelho</i>	<b>1011</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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Kit protese total de joelho zimmer</i>	<b>1012</b>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<b>1712131918181</b>	<i>Cimento osseo</i>	<b>011</b>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Kit lavagem pulso</i>	<b>011</b>	<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	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. Alexandre Provenza*  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 28281 - TEOT 12360

*Material  
Arthrom*

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