

TEPEZINHA

1 - Registro ANS 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 005 000000 99626 22	8 - Validade da Carteira 	9 - Atendimento a RN 
50 - Nome Social Rinaldo Marcos Ochara		
10 - Nome 		

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora 	13 - Nome do Contratado 
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617	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 UNIOESTE	21 - Data sugerida para internação 
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico 

**28 - Indicação Clínica**

ARTROSE JOELHO ESQUERDO  
SEGUNDA ARTROPLASTIA PRIMÁRIA

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 ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-		1 PROTESE TOTAL		
02-		JOELHO		
03-				
04-				
05-		1 KIT PROTESE		
06-		TOTAL JOELHO		
07-				
08-		1 PACOTE AUMENTO		
09-		ORTOPEDIA		
10-				
11-				
12-				

**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 Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 
------------------------------	---	--	---