



| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| 1 - Registro ANS [3][5][5][1][5][1] | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora [2][1][9][7][6][2][2] | | |
| 4 - Data da Autorização [0][3]/[03]/[20][23] | | 5 - Senha [2][0][2][3][0][7][3][9][3][2] | | |
| 6 - Data de Validade da Senha [1][5]/[04]/[20][23] | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | |
| 7 - Número da Carteira [0][1][6][1][2][5][0][0][8] | | 8 - Validade da Carteira [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | |
| 9 - Atendimento a RN [N] | | | | |
| 10 - Nome RIVAIL DOMINGUES RAMOS | | 11 - Cartão Nacional de Saúde [7][0][6][3][0][6][7][6][2][0][3][4][0][7][2] | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | |
| 12 - Código na Operadora [4][1][0][5][8] | | 13 - Nome do Contratado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | | 15 - Conselho Profissional [0][6] | | |
| 16 - Número no Conselho [1][7][9][0][5] | | 17 - UF [P][R] | | |
| 18 - Código CBO [2][2][5][2][7][0] | | | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ [4][1][0][5][8] | | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE | | |
| 21 - Data sugerida para internação [2][5]/[02]/[20][23] | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento [1] | | 23 - Tipo de Internação [2] | | |
| 24 - Regime de Internação [1] | | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas [3] | | |
| 26 - Previsão de uso de OPME [S] | | 27 - Previsão de uso de quimioterápico [N] | | |
| 28 - Indicação Clínica DOR E DEFORMIDADE EM AJOELHO + INCAPACIDADE FUNCIONAL | | | | |
| 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) [9] | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
| 1 - [1][8] | [6][0][0][3][4][0][6][8] | DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD | [1] | [1] |
| 2 - [2][2] | [3][0][7][2][6][0][3][4] | Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico | [1] | [1] |
| 4 - [1][9] | [7][1][5][1][8][4][2][8] | CIMENTO OSSEO SMARTSET - HV | [2] | [2] |
| 5 - [1][9] | [7][2][5][0][1][8][5][5] | SISTEMA DE JOELHO LEGION CR - 71423202- Componente Femoral Cimentado Legion CR tam. 2 | [1] | [1] |
| 6 - [1][9] | [7][2][5][0][1][2][8][6] | SISTEMA DE JOELHO LEGION CR - 71420566- Componente Patelar Biconvexo Genesis II 23 mm | [1] | [1] |
| 7 - [1][9] | [7][2][5][0][1][9][9][5] | SISTEMA DE JOELHO LEGION CR - 71453101- Inserto Articular Legion CR High Flex XLPE 9 mm tam. 1-2 | [1] | [1] |
| 3 - [1][9] | [7][2][5][0][0][9][2][1] | SISTEMA DE JOELHO LEGION CR - 71420160- Platô Tibial Cimentado Genesis II tamanho 1 esquerdo | [1] | [1] |
| 8 - [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| 9 - [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| 10 - [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| 11 - [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| 12 - [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| Dados da Autorização | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas [1] | | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada [1][3] |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado [4][1][0][5][8] | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE | | 44 - Código CNES [6][5][2][8][1][0][4] |
| 45 - Observação / Justificativa LIBERAR CONFORME SOLICITADO EMA PED MEDICO ANEXO60034068 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,71518428 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,72500921 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,72501286 - ok,72501855 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,72501995 - ok,O auditor alterou a quantidade autorizada do item 30726034 - Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico de 3 para 1 Autorizado pela auditoria médica/odontológica. Quantidade 1 referente ao joelho esquerdo conforme relatório médico. | | | | |
| 46 - Data da Solicitação [0][3]/[03]/[20][23] | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante _____ | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ |
| 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____ | | | | |

Dados da Cirurgia

DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO - ESQUERDO SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO - ARTROSE

| | | | | | | | |
|-------------|-------------------------|----------------|-----------------|--------------|---------------------|------------------|------------------|
| 13 - Tabela | 14 - Código do Material | 15 - Descrição | 16 - Quantidade | 17 - Unidade | 18 - Valor Unitário | 19 - Valor Total | 20 - Observações |
|-------------|-------------------------|----------------|-----------------|--------------|---------------------|------------------|------------------|

24 - Especificação do Material

KIT DE PROTES TROTAL DE JOELHO IMPORTADA PARA FORNECEDOR ARTHROM

| 25 - Observação / Justificativa |
|--|
| 80034088 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 71518428 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 72500921 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 72501286 - ok. 72501865 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 72501985 - ok. O auditor alterou a quantidade autorizada do item 30726034 - Artroplastia total de joelho com implantes - Tratamento cirúrgico de 3 para 1 Autorizado pela auditoria médica/odontológica. Quantidade 1 referente ao joelho esquerdo conforme relatório médico. |

| | |
|---|---|
| 28 - Assinatura do Profissional Solicitante | 27 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|---|---|