

*Sandro Rando Bazoni*

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 11/11/11	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha 11/11/11	
7 - Número da Carteira 1111288002569005	
8 - Validade da Carteira 11/11/11	9 - Atendimento a RN
10 - Nome Sandro Rando Bazoni	11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Código na Operadora	
13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcos V. Daniel	
15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho
17 - UF	18 - Código CBO
19 - Código na Operadora / CNPJ	
20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data Sugerida para Internação 11/11/11	
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação U
24 - Regime de Internação U	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de Uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico

*interna pelo DR*

29 - CID 10 Principal M11	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	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-	3012 6034	Amphostin LXL	01	
02-				
03-				
04-				
05-				
06-		Kt prótese total importada	01	
07-		(persoas)		
08-				
09-				
10-				
11-		Amat	02	
12-		Kt brindee prótese	01	

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 11/11/11		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

*interna mancada pelo DR*

46 - Data da Solicitação 11/11/11	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcos V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------------	--	---	---

Hospital possui acordo para procedimento padronizado (pacote) para o evento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado encontra-se internado para realização do procedimento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado não está internado mas o procedimento solicitado é decorrente de fratura? ☐ Sim ☐ Não

Solicitante

Data da Solicitação

Dr. Marcus Vinicius Danielli

06/03/2023

Hospital/Clinica

Código de referenciamento do Hospital/Clinica

Telefone do Hospital/Clinica

União

(43) 3377 0914

Nome do segurado (paciente)

Matrícula

Idade

Sexo

Sandro Rando Bazoni

774 28800256905 - 56

M ☒ F ☐

Procedimento(s) cirúrgico(s)

Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)

Artroplastia total de joelho

30726034

Nome do médico cirurgião

CPF

CRM

Telefone do Consultório

Celular

Dr. Marcus Vinicius Danielli

Ortopedia e Traumatologia

18734

(43) 3377 0914

(-) -

Relatório Médico de Referência (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	Zimmer		① - Kit de prótese total de joelho	
2			Personagem 1 marca	
3			Zimmer / Homenos	
4			Artroscopia	
5				
6			② - Pacote de cemento	
7			Impregnação / Arthorn	
8				
9			① - Kit Pulverizável de	
10			lavagem / Arthorn	

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

Assinatura do cirurgião

Dr. Marcus Vinicius Danielli

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 18.734

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

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374