

1 - Registro ANS 343269		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 9750000017108729		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome Maria de Fatima Kressin			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional 20321	16 - Número do Conselho CEM
		17 - UF PR	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Bom Jardim	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento Previo	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação 02	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 10
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Ortoplastia joelho direito			
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.
1- <input type="checkbox"/>	304.26.034	Ortoplastia total de joelho	01
2- <input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>		Kit prótese total joelho	01
5- <input type="checkbox"/>		(Zimmer)	
6- <input type="checkbox"/>		Cimento cimento Super Bone	
7- <input type="checkbox"/>		Ósio	
8- <input type="checkbox"/>		Kit Lavagem Pollock	
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 26/02/2024		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 Prótese Zimmer material fornecido			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

0