

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
-------------------------	-----------	-------------------------------

Apontamento

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0097000000 90 78856	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Edelilson Aparecido Quintanilha

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Proenza</i>	15 - Conselho Profissional <i>C.R.M.</i>	16 - Número do Conselho <i>28281</i>	17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
---	---	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unior</i>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <i>cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>eleitivo</i>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	--	---------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

Pós-operatório tardio de Reconstrução de LCA em joelho direito, associado a lesão de menisco medial mais cistos parameniscais. Encaminho para tratamento cirurgico por videoscopia com retirada de material de síntese.

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"/>	3107131065	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>01</i>	
2- <input type="checkbox"/>	3107110022	<i>Retirada de Fios e Pinos e Parafusos</i>	<i>02</i>	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>				
9- <input type="checkbox"/>	61012141151	<i>Taxa de video</i>		
10- <input type="checkbox"/>	10159001415	<i>Lamina de Shaver</i>	<i>01</i>	
11- <input type="checkbox"/>	10121467100	<i>Radiofrequencia</i>	<i>01</i>	
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 03/08/23	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 Proenza
Ortopedia Trauma
Clínica de 16.00
0312233130*

Material Arthron

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