

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
	6 - Data de Validade da Senha

enfermaria

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001681233	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

Jera Lucia Silva dos Santos

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</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>Unorte</i>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>Urgência</i>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>5</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho esquerdo, piora progressiva da algia, refere ainda edema local. Sofreu nova queda da própria altura e evoluiu com rotura de dois meniscos com "Flap". Encaminho p/ tratamento cirurgico com urgência devido bloqueio articular.

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"/>	3101713101015	<i>Reparo de um menisco</i>	1012	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3101713101019	<i>Osteocondroplastia</i>	1012	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	600131411511	<i>Tala de gesso</i>	1012	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	010591010451	<i>Lamina shaver</i>	1012	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	010111611001	<i>Radiofrequência</i>	1012	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	718191810101	<i>Kit sutura menisco Cross Fix</i>	1012	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 07/12/23	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 Provenza
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 22281 - TEQT 12360*

*Material
Arthrom*

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