

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0050000062962542</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Dayane de Jesus Silva</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>
		17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Unioeste</b>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eletivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>
		26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Paciente sofreu entorse em joelho esquerdo, sem algia importante. Evoluiu com ruptura total de ligamento cruzado anterior (LCA) e lesão condral. Encaminhado p/ tratamento cirurgico por videoscopia.</b>			
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"/>	130733023	Reconstrução de LCA	01	
2- <input type="checkbox"/>	207312116	Transp. mais de 1cm	01	
3- <input type="checkbox"/>	130733049	Osteocondroplastia	01	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	901024151	Taxa de video	01	
9- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver	01	
10- <input type="checkbox"/>	10111671010	Radioterapia	01	
11- <input type="checkbox"/>	1015971007	Parafuso Bicabível	02	
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>13/06/24</b>		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 <b>Dr. Alexandre Provenza</b> <b>Ortopedia/Traumatologia</b> <b>Cirurgião do Joelho</b> <b>CRM 28281 - TEOT 12360</b>			
<b>Material Artrom</b>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização