

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>01170000001823971</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**Leonardo Melco Stein**

**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>Uniete</b>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgia</b>	23 - Tipo de Internação <b>eleitivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	--	---------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho esquerdo após atividade física, evoluiu com ruptura de LCA, lesão de menisco medial com "Flap" e lesão osteocendral. Encaminhado para tratamento cirúrgico por videoscopia.

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"/>	13017313017	Reconstrução de LCA	01	
2- <input type="checkbox"/>	31017311216	Transp. náis de tendões.	01	
3- <input type="checkbox"/>	31017313015	Reparo de um menisco	01	
4- <input type="checkbox"/>	31017313019	Osteotomia	01	
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	10012411511	Taxa de vídeo	01	
9- <input type="checkbox"/>	10015910045	Banina de Shaver	01	
10- <input type="checkbox"/>	10011167100	Radiofrequência	01	
11- <input type="checkbox"/>	1001591007	Parafuso Bioabsorvível	01	
12- <input type="checkbox"/>	71818918176	Kit Sutura Menisco Cross fix	01	

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>23/02/24</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 / Justificativa  
**Dr. Alexandre Provenza**  
**Ortopedia/Traumatologia**  
**Cirurgia do Joelho**  
**CRM 28281 - TEOT 12360**

**Material Arthrom**

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