

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha <i>enf.</i>	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0005000001661003	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

10 - Nome Social

10 - Nome

Maurício Antonio Schuster

Dados do Contratado Solicitante

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

14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 2828-1	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 Uniorde	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento cirurgico	23 - Tipo de Internação eletiva	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	---	---------------------------	--	--	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho esquerdo, com piora progressiva da algia, evoluiu com ruptura do menisco medial com "Flap" e lesão osteocondral. Encaminhado p/ cirurgia por videarthroscopia.

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"/>	301733060	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	301733049	<i>Osteocondroplastia</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	600241151	<i>Taxa de video</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	90599045	<i>Lamina de Shaver</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	901167100	<i>Radiofrequência</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	7188051716	<i>Kit suture menisco cross fix</i>	<i>03</i>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 02/02/24	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

*CRM 28281 - TEO 12360
Cirurgia do Joelho
Ortopedia/Traumatologia
Dr. Alexandre Provenza*

Material Arthron

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