

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 <i>enf.</i>

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>005000035435166</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		
10 - Nome <b>Michel Luiz Savoreto</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
18 - Código CBO			

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>União</b>	21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirúrgico</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 Quimioterapia	

28 - Indicação Clínica  
**Paciente refere dor em joelho esquerdo, acompanhado de edema local, lesão meniscal medial + lesão osteocondral. Encaminha o 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"/>	<b>31071330615</b>	<b>Reparo de um menisco</b>	<b>01</b>	
2- <input type="checkbox"/>	<b>31071330419</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>01</b>	
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"/>	<b>61001241151</b>	<b>Taxa de video</b>	<b>01</b>	
10- <input type="checkbox"/>	<b>005900145</b>	<b>laminar de shaver</b>	<b>01</b>	
11- <input type="checkbox"/>	<b>010116700</b>	<b>Rodiosfreqüência</b>	<b>01</b>	
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>14/12/23</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 29281 - TEOT 12360**  
*Material Arthro m*

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