

| | |
|-----------------------------------|---|
| 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 0005 000059547416 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN |
|--|--------------------------|-----------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome
Eduardo Roberto Severino

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 28281 | 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 União | 21 - Data sugerida para Internação |
|---------------------------------|--|------------------------------------|

| | | | | | |
|---|---|---------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento Clínica | 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 Quimioterápico |
|---|---|---------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor importante em joelho direito, com piora progressiva, joelho com dor a palpação, lesão condral e condromalácia grau III, apresenta corpo estranho junto ao tendão. Encaminhado para tratamento cirúrgico por videolaparoscopia.

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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"/> | 1307330019 | Osteocondroplastia | 01 | |
| 2- <input type="checkbox"/> | 1301011522 | Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região | 01 | |
| 3- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 4- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 5- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 6- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 7- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 8- <input type="checkbox"/> | 600124151 | Taxa de visto | 01 | |
| 9- <input type="checkbox"/> | 0101167100 | Radiofrequência | 01 | |
| 10- <input type="checkbox"/> | | Lamina de shaver | 01 | |
| 11- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | | |

Dados da autorização

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 06/06/24 | 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

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

*Materi al
Arthrom*

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