

1 - Registro ANS 343269	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 0005 000058742207	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento do RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Gabriel Fernando Aparecido Rossi

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 Solicitação / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado União	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento Cirúrgico	23 - Tipo de Internação Coletivo	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 sofreu entorse de joelho esquerdo, dor intensa, rotura de menisco lateral. Encaminha 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"/>	3107133065	Reparo de um Menisco	02	
2- <input type="checkbox"/>				
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	610102141151	Taxa de vídeo	01	
9- <input type="checkbox"/>	01015800145	Lamina Shaver	01	
10- <input type="checkbox"/>	01011167100	Radiofrequência	01	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 14/12/23	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
Artrom

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