

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| 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 00000626 04669 | 8 - Validade da Carteira |
| 9 - Atendimento de RN | |
| 50 - Nome Social | |
| 10 - Nome Thiago Ramon de Souza | |

| | |
|--|--|
| 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 Unioeste |
| 21 - Data sugerida para internação | |
| 22 - Caráter do Atendimento biurugia | 23 - Tipo de Internação eletivo |
| 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 de joelho esquerdo, refere falsos e hídricos, evoluiu com dor intensa, rotura no menisco medial e lesão condral. Encaminhado para tratamento cirurgico por videoartroscopia.

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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"/> | 31073310615 | Reparo de um menisco | 101 | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | 31073310919 | Osteocondroplastia | 101 | <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"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | 16092141151 | Taxa de video | 101 | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | 10159101415 | Lamina de Shaver | 101 | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | 101211161010 | Radiofrequência | 101 | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| Dados da autorização | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 26/10 | 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 292711 TEUT 1126

Material Arthron

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