

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 0005000005436024	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN enf.
10 - Nome Social		
10 - Nome Elusa Marfim Menino		

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 Cirurgia	23 - Tipo de Internação Outra	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente sofreu entorse em joelho esquerdo, com dor importante evoluiu c/ ruptura completa do menisco lateral e lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento cirúrgico por videartroscopia.

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	04	
2- <input type="checkbox"/>	31073310419	Osteocondroplastia	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"/>	6101241151	Taxa de vídeo	01	
9- <input type="checkbox"/>	6101241151	Radiofrequência	01	
10- <input type="checkbox"/>		Laminar de Shaver		
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 25/07/24	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 R. Provenza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28281-PR - 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
--------------------------	---	--	---