

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído para Operadora
4 - Data de Autorização	6 - Data de Validade da Guia
Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0005 000006919300</b>	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento de RH <i>inferno</i>	
10 - Nome Social <b>João Fabio de Mattos Bueno</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 <b>PR</b>
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 - Caracter do Atendimento <b>Quirúrgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eleivo</b>	24 - Regime de Internação
25 - Qtd. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPM <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápicos <b>N</b>

28 - Indicação Clínica <b>Paciente apresenta rotura do menisco lateral, associada a lesão osteocondral, sinovite e gta. Encaminhado para cirurgia por videoscopia de joelho direito.</b>
---

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M23.2</b>	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 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3107330165	Reparo de um Menisco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3107330149	Osteotomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	3107330149	Sinovectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	1015910145	Taxa de video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	101106000	Ponteira Radiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shovel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Lapa de video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Equipe de base 4 vas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização	
39 - Data prevista da Admissão hospitalar <b>06/07/23</b>	40 - Qtd Diárias Autorizadas
41 - Tipo de Acomodação autorizada	44 - Código ONES
42 - Código na Operadora / CNPJ Autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

45 - Observação / Justificativa <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedista Traumatologista Cirurgião do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360</b>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>material inform</i>