

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data da Validade da Senha <i>enf.</i>
-------------------------	-----------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00050000036119990	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

10 - Nome Social

10 - Nome João Victor Pereira Roma
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandra 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 Evangelico	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento Cirúrgico	23 - Tipo de Internação Urgência	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 de joelho direito e evoluiu c/ rotura do menisco medial em "Alça de balde", rotura de LCA e LAL, Encaminhado p/ tratamento cirúrgico e urgência devido bloqueio articular, edema importante e dor intensa.

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"/>	3107131073	Reconstrução de LCA	01	
2- <input type="checkbox"/>	3107131216	Transp. vácuo de 1 Tenda	01	
3- <input type="checkbox"/>	3107131065	Reparo de um menisco	01	
4- <input type="checkbox"/>	3107131049	Osteotomia plástica	01	
5- <input type="checkbox"/>	3107131224	Transp. única de Tenda	01	
6- <input type="checkbox"/>	3107126190	Lesões ligamentares periféricas crônicas	01	
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	1600241151	Taxa de vídeo	01	
9- <input type="checkbox"/>		Lamina de Staver	01	
10- <input type="checkbox"/>	1001167009	Radiofrequência	01	
11- <input type="checkbox"/>	0051931007	Parafuso Bioabsorvível	03	
12- <input type="checkbox"/>	17813936716	Kit sutura menisco Cross fix	03	

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 12/04/24	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 Material Arthrom

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