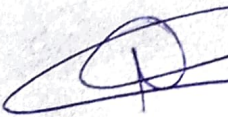


1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data da Validade da Senha
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 178777		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
10 - Nome Social			
10 - Nome Maria da Glória de Sá Borges Kawaraki			
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 Evangelico	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento cirurgia	23 - Tipo de Internação eleiva	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1
		26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quioterápico
28 - Indicação Clínica Paciente com dor em joelho direito, com piora progressiva. Evoluíu com Rotura do menisco medial e lesão osteocondral. Encaminha para tratamento cirurgico por videoscopia.			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)
		32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3107131045	Reparo de um menisco	01
2- <input type="checkbox"/>	3107131049	Osteocondroplastia	01
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		Taxa de video	01
8- <input type="checkbox"/>		Radiografia	01
9- <input type="checkbox"/>		Lamina de Staver	01
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 08/05/24		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360 </div> <div> Material Articular </div> </div>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	