

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 00500000014967866	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		
10 - Nome Kauanny Rodrigues Mortari		
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 Unioit	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento cirurgia	23 - Tipo de Internação eleitiva	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 c/ dor em joelho esquerdo após trauma direto, Enclui-se com Ruptura de menisco medial e lesão condral Encaminho p/ tratamento cirurgico por video artroscopia.		
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	01	
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"/>	610102411511	Taxa de video	01	
9- <input type="checkbox"/>	010131617100	Radiofrequencia	01	
10- <input type="checkbox"/>		Lamina de shaver	01	
11- <input type="checkbox"/>		Kit sutura jaggertich	03	
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 15/08/24	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 material Authron		
Dr. Alexandre R. Provenza Ortopedia e Traumatologia CRM 28281-PR - TEOT 12360		
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização