

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>00050000007393450</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		

10 - Nome <b>Maria Neide Gughi Jeronez</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>Unorte</b>	21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento <b>cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eleitivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	--	---------------------------	--	--	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica <b>Paciente com dor em joelho direito, com piora progressiva evoluiu c/ lesão de menisco medial / neuroma arborescente, lesão osteocondral e sinovectomia. Enca minho o tratamento cirurgico por videarthroscopia.</b>
--

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- [ ] [ ]	<b>310173130615</b>	<b>Reparo de um menisco</b>	<b>101</b>	[ ] [ ] [ ]
2- [ ] [ ]	<b>310173130149</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>101</b>	[ ] [ ] [ ]
3- [ ] [ ]	<b>310173130114</b>	<b>Sinovectomia</b>	<b>101</b>	[ ] [ ] [ ]
4- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
5- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
6- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
7- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
8- [ ] [ ]	<b>01013141151</b>	<b>Taxa de video</b>	<b>101</b>	[ ] [ ] [ ]
9- [ ] [ ]	<b>01013141151</b>	<b>lamina shaver</b>	<b>101</b>	[ ] [ ] [ ]
10- [ ] [ ]	<b>0101401190</b>	<b>radiofrequencia</b>	<b>101</b>	[ ] [ ] [ ]
11- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
12- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>22/02/24</b>	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 <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 13241 - TEOT 12360</b>	<b>Material Arthur</b>
--	----------------------------

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