

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
-------------------------	-----------	-------------------------------

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>0050000059175233</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

*Simone Maria Sales Junqueira*

**Dados do Contratado Solicitante**

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

14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>28281</i>	17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Uniate</i>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

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

28 - Indicação Clínica

*Paciente com persistência da dor, limitação motora, evoluiu e/ou ruptura do menisco medial e lateral e lesão osteocondral. Encaminho para procedimento cirúrgico por videoscopia.*

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"/>	<i>30733065</i>	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>02</i>	
2- <input type="checkbox"/>	<i>30733049</i>	<i>ostecondroplastia</i>	<i>01</i>	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	<i>60024151</i>	<i>Taxa de video</i>	<i>02</i>	
9- <input type="checkbox"/>		<i>lamina de shaver</i>	<i>01</i>	
10- <input type="checkbox"/>	<i>00146700</i>	<i>Radiofrequência</i>	<i>01</i>	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>04/04/24</i>	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  
Cirurgião do Joelho  
CRM 28281 - TEOT 12360*

*Material  
ARTHRO*

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