

1 - Registro ANS 343269	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 0005 00003211650	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN enf.
10 - Nome Social		

10 - Nome Wilson Campos Pedrosa

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 28283	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 União	21 - Data sugerida para internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento cirurgico	23 - Tipo de Internação eletivo	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPM 5	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	---	---------------------------	--	---	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica Paciente sofreu trauma local e evoluiu com lesão de LCA e Rotura de menisco medial e lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento cirurgico por videarthroscopia.

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. Solu.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	31071310713	Reconstrução de LCA	101	
2- <input type="checkbox"/>	31071310716	Transp. viciu de 1 tendão	101	
3- <input type="checkbox"/>	31071310615	Reparo de um menisco	01	
4- <input type="checkbox"/>	31071310419	Osteocondroplastia	101	
5- <input type="checkbox"/>	31071310110	Lesões ligamentares Perf. crônicas	101	
6- <input type="checkbox"/>	31071311214	Transp. unica de tendão	101	
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	318181980116	Art sutura menisco Cross-Fix	103	
9- <input type="checkbox"/>	60010141151	Taxa de Vicks	01	
10- <input type="checkbox"/>	00519100415	Lamina de Straver	01	
11- <input type="checkbox"/>	10011161100	Radioterapia	01	
12- <input type="checkbox"/>	10011171007	Parafuso Bioabsorvível	01	

Dados da autorização

39 - Data prevista da Admissão hospitalar 21/12/23	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
--	-------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNEB
--	--	------------------

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