

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>119347</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
---	--	--------------------------	----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome  
**Claudia Loreta Mantovani**

**Dados do Contratado Solicitante**

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

14 - Nome do Profissional Solicitante  
**Alexandre Provenza**

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>Evangelico</b>		21 - Data sugerida para Internação	
---------------------------------	--	---	--	------------------------------------	--

22 - Carater de Atendimento <b>cirurgic</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eletiva</b>	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	---	---------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica  
**Paciente com deficit de flexão menos de 30°, evoluiu com artrofibrose e ostecondro em foleto direito. Encaminhado p/ cirurgia 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 - Cide. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<b>31071310910</b>	<b>Artrofibrose</b>	<b>01</b>
2- <input type="checkbox"/>	<b>31071310410</b>	<b>Ostecondroplastia</b>	<b>01</b>
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
		<b>Taxa de video</b>	<b>01</b>
		<b>Radiofrequencia</b>	<b>01</b>
		<b>Lamina de shaver</b>	<b>01</b>

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>21/08/24</b>		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  
**Dr. Alexandre P. Provenza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 28281-PR - TEOT 12360**

**Material  
Arthron**

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