

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	

*enf*

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>0151 0000030302523</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome  
**Isadora Garcia da Costa**

**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>

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

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>União</b>	21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgia</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  
**5**

27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica  
**Paciente sofreu luxação recidivante de Patela em joelho esquerdo, associada a lesão osteocondral. Encaminha para tratamento cirúrgico 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. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3107331103	Reconstrução e Release de Patela	01	
2- <input type="checkbox"/>	31073312116	Transp. mais de 1 de tendão	01	
3- <input type="checkbox"/>	3107333049	Osteocondroplastia	01	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>	6101024151	Taxa de vídeo	01	
8- <input type="checkbox"/>		Lamina Shaver	01	
9- <input type="checkbox"/>	010116700	Radiofrequência	01	
10- <input type="checkbox"/>	010597007	Parafusos Absorvíveis	01	
11- <input type="checkbox"/>	71502719	Âncoras Absorvíveis	01	
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>27/06/24</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  
**Dr. Alexandre Provenza  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 28281 - TEOT 12360**

*material  
Inthron*

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