

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>0005 00000 61576347</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome  
**Antonio Carlos Salvador**

**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>Unioeste</b>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgica</b>	23 - Tipo de Internação <b>eleitiva</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 c/dor em joelho esquerdo, Rótura de menisco medial e lateral, evoluiu para condropatia. Encaminhado p/ procedimento 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. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<b>31071310165</b>	<b>Reparo de um menisco</b>	<b>102</b>	
2- <input type="checkbox"/>	<b>3107131045</b>	<b>Osteocondroplastia</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"/>	<b>610101411511</b>	<b>Taxa de Video</b>	<b>103</b>	
9- <input type="checkbox"/>	<b>1015910145</b>	<b>Lamina de Shaver</b>	<b>101</b>	
10- <input type="checkbox"/>	<b>101112671010</b>	<b>Radiofrequência</b>	<b>111</b>	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar	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**  
**Arthrom**

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