

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 <i>Enf.</i>	

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>00050000059974950</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome <b>Wesley Alves de Souza</b>		

**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>cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eletivo</b>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
28 - Indicação Clínica  <b>Paciente com lesão no LCA e lesão OSTEODENDR em joelho Direito. Encaminhado para tratamento cirúrgico por VÍDEOARTROSCOPIA.</b>		

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"/>	310171313101713	Reconstrução de LCA	1011	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3101713112116	Transp. mais de 1 tendão	1011	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	31017131310149	Osteocondroplastia	1011	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	1010101411511	Taxa de Vídeos	1011	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	1010591010145	Lamina de Shaver	1011	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	1010111617100	Radioterapia	1011	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>20/07/23</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 20281 - TEOT 12360

*Material Anthrom*

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