

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 005 00004131228	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de FIN
--	--------------------------	------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Carlos Cesar Bomen Leite

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 28281	17 - UF PR	18 - Cálculo "25"
--	--	---	----------------------	-------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelica	21 - Data sugerida para internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento urgência	23 - Tipo de Internação Eletiva	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de Suministros
--	---	---------------------------	--	--	-------------------------------------

28 - Indicação Clínica

Paciente c/ dor em joelho esquerdo com piora progressiva, evoluiu com condropatia patelofemoral. Encaminhado p/ tratamento cirúrgico por videoscopia.

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 traumática)
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3017133049	Osteocondroplastia	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	60024151	Taxa de video	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	001116100	Radiofrequencia	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Lamina de shaver	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 29/05/24	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
--	-------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Cálculo "25"
--	--	-------------------

45 - Observação/Justificativa

Dr Alexandre Provenza
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 28281 - TEOT 12360

Material
Artroscopia

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