

1 - Registro ANS 343269	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 000500005900203	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

10 - Nome

Leonardo Francischini

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	15 - Conselho Profissional
16 - Número do Conselho	17 - UF
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unorte</i>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>Eletivo</i>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>5</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica

Paciente sofreu entorse de joelho direito, e evoluiu com ruptura de LCA + ruptura de ligamento colateral e lesão de menisco lateral. Encaminhado para tratamento cirurgico 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 relacionada)
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	13107131310713	<i>Reconstrução de LCA</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	13107131312116	<i>Transp. mais um tendão</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	13107131310651	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	13107131310610	<i>Lesões ligamentares periféricas - crônicas - Trst. cirurgico</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	1610102411511	<i>Taxa de video</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	00519100415	<i>Lamina de Shaver</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	0051917101071	<i>Parafuso Bisabsorvível</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	001116171010	<i>Radiofrequência</i>	<i>1011</i>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>16/11/23</i>	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
Especialista do Joelho
CRM 13241 TEST 12360*

Material Articular

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