

1 - Registro ANS	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 0032.0000056160.585	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

Leonice Garbin Brahim

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante

Alexandre Proença

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número do Conselho

28281

17 - UF

PR

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter do Atendimento

Cirúrgico

23 - Tipo de Internação

Urgente

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente sofreu entorse em joelho esquerdo e evolui com rotura do menisco medial e "Flep", associada a osteocondroplastia. Dor intensa e limitação funcional. Indico tratamento cirúrgico por videoscopia com urgência.

29 - CID 10 Principal (opcional)

M23.2

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"/>	<input type="checkbox"/>	Repasse de um menisco	1	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteocondroplastia	1	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taxa de ydo		<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leitura de Slides	1	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiografia	1	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipe de sono		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copa de vidro		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<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 16/03/2023	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 Proença
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 28281 - TEOT 12360

Material Articular

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