

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>022.70625000255007</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		

10 - Nome <b>Tatiane Aparecida Costa</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>Unimed</b>	21 - Data sugerida para Internação

22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eleivo</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 Quimioterápico
---	--	---------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>Paciente com dor em joelho esquerdo, evoluiu com rotura de menisco medial e lesão osteocondral. Encaminha para tratamento cirurgico por videarthroscopia</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"/>	<b>30171310105</b>	<b>Reparo de l.m. menisco</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>	<b>30171310149</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>	<b>30171310114</b>	<b>Sinovectomia</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<b>600341151</b>	<b>Taxa de video</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	<b>005910015</b>	<b>Lamina de Shaver</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	<b>0111167100</b>	<b>Radiofrequencia</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	<b>48898630</b>	<b>Kit de sutura cross fix</b>	<b>03</b>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>22/02/24</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 <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 2241 - TEOT 12360</b>	<b>Material Arthrom</b>
---	-----------------------------

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