

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 351206		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN	
---	--	--------------------------	--	----------------------	--

50 - Nome Social

10 - Nome
Robivaldo Larrera de Carvalho Filho

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 - Código CBO	
--	--	--	--	---	--	----------------------	--	-----------------	--

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter de Atendimento Cirurgia		23 - Tipo de Internação Oletiva		24 - Regime de Internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas 1		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
--	--	---	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

28 - Indicação Clínica
Paciente sofreu entorse de joelho esquerdo, evoluiu com Rotura de menisco medial e Lendropatia grau II. Encaminhado a tratamento cirurgico por videartroscopia.

29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)		31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
---------------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	31071310165	Reparo de um menisco	01	1
2- <input type="checkbox"/>	31071310149	Osteocondroplastia	01	1
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>		Taxa de video	01	1
8- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver	01	1
9- <input type="checkbox"/>		Radiofrequência	01	1
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

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

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	
--	--	--	--	------------------	--

45 - Observação / Justificativa
material Arthrom

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

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