

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data da Validade da Senha enf.	

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0005 0000061049428	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento de RN	
10 - Nome Fernando Henrique Dal Poz	

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 Unioeste
21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento Cirurgia	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 Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente c/ entorse aguda de joelho Direito, dor intensa, evoluiu com rotura de menisco lateral, presença de corpo livre intra articular e lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento cirúrgico por videarthroscopia.

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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	30733101651	Reparo de um menisco	01	
2- <input type="checkbox"/>	30733101499	Osteocondroplastia	01	
3- <input type="checkbox"/>	30733101214	Sinovectomia		
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	60021411511	Taxa de vídeo	01	
9- <input type="checkbox"/>	00159001415	Lamina de Shaver	01	
10- <input type="checkbox"/>	01011161100	Radiofrequência	01	
11- <input type="checkbox"/>	11819816176	Kit sutura menisco Cross Fix	01	
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 08/02/24	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 Cirurgia de Joelho CRM 28281 - TEQT 12360	Material Arthrom
--	-----------------------------

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