

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 0005 000000 436 32 16		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome Cláudio mir Ronaldo dos Santos			
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 Unimed	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento cirurgia	23 - Tipo de Internação eleter	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 com dor em joelho esquerdo, rotura em menisco medial e lesão condral. Encaminho p/ 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"/>	31013131065	Reparo de um menisco	01
2- <input type="checkbox"/>	31013131049	Ostecondroplastia	01
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>	60013411511	Tala de video	01
9- <input type="checkbox"/>	005300415	Lamina de Shaver	01
10- <input type="checkbox"/>	010111617010	Radioterapia	01
11- <input type="checkbox"/>	318331817010	Kit sutura menisco Gress Fix	03
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/01/24		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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 20281 - TEOT 12360</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p><i>Material</i> <i>Artrom</i></p> </div> </div>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização