

| | | | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 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 0994 1410 250609 090 | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN ENF |
| 10 - Nome Social | | | |
| 10 - Nome Marcio Garbelini | | | |
| 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 28282 |
| | | 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 Privati | |
| 21 - Data sugerida para internação | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento Cirurgia | 23 - Tipo de Internação eletivo | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 |
| 26 - Previsão de uso de CPME | | 27 - Previsão de uso de Quimioterapia | |
| 28 - Indicação Clínica Paciente com dor em joelho direito há meses com piora progressiva exami com rotura da menisco medial associado a osteocondrólise Indica tratamento cirúrgico por videoscopia. | | | |
| 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- [] | 3101334065 | Reparo de um menisco | [] | [] |
| 2- [] | 3101331019 | Osteocondrólise | [] | [] |
| 3- [] | | | [] | [] |
| 4- [] | | | [] | [] |
| 5- [] | | | [] | [] |
| 6- [] | | Taxa de vídeo | [] | [] |
| 7- [] | | Lâmina de Storer | [] | [] |
| 8- [] | | Redupliquência | [] | [] |
| 9- [] | | Equipe de 2000 4 min | [] | [] |
| 10- [] | | Copa de vídeo | [] | [] |
| 11- [] | | | [] | [] |
| 12- [] | | | [] | [] |

Dados da autorização

| | | | |
|---|---|--|---|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 30/03/2023 | | 40 - Qtde Diárias Autorizadas | 41 - Tipo de Acomodação autorizada |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | |
| 44 - Assinatura | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Dr. Alexandre Proença Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRA 22281 - TEOT 12300 | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |