

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

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0032.00000 7407 8593	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

10 - Nome Social

10 - Nome

Osório Henrique Martins

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Proenza</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>
16 - Número do Conselho <i>28281</i>	17 - UF <i>PR</i>
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unorte</i>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgia</i>	23 - Tipo de Internação <i>Eleitivo</i>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>5</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em esquerdo, com piora progressiva com dificuldade de Deambular, evoluiu com rotura de Menisco medial e lesão osteocondral. Encaminhado para 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"/>	310171310615	<i>Reparo de um menisco</i>	011	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	310171310419	<i>Osteocondroplastia</i>	011	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	61010121411511	<i>Taxa de video</i>	011	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	01015191001415	<i>lamina de Shaver</i>	011	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	01011116710101	<i>Radiografia</i>	011	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 26/10/23	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 Proenza
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho

Material Anthrom

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