

1 - Registro AHS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data da Validade da Senha	

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>0915 000007492 106</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento da RH
---	--------------------------	-----------------------

10 - Nome Social

10 - Nome

**Waldin Ananias Pereira**

**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

**28281**

17 - UF

**PR**

18 - Código CBO

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Informação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Unimed</b>	21 - Data sugerida para internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caracter de Atendimento

**cirurgias**

23 - Tipo da Informação

**eleito**

24 - Regime de Internação

**1**

25 - Qtd. Diárias Solicitadas

**5**

26 - Previsão de uso da OPAE

**5**

27 - Previsão de uso da Quimioterapia

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho direito, com piora progressiva com 'FLAP', evoluiu com rotura do menisco medial e lesão Osteocondral. Encaminhado 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 - Qtd. Solu.	38 - Qtd. Aut.
1	131013101015	Reparo de um menisco	1012	
2	131013101019	Osteocondroplastia	1011	
3				
4				
5				
6				
7	610102141151	Taxa de Video	1012	
8	101519101915	Lamina de Shaver	1011	
9	101111071010	Radiofrequência	1012	
10				
11				
12				

**Dados da autorização**

39 - Data prevista da Admissão hospitalar <b>09/11/23</b>	40 - Qtd Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação autorizada
--	------------------------------	------------------------------------

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

45 - Observação / Justificativa

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

**Marcelo Antunes**

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