

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 943647		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN	
10 - Nome Roberto Leite Salazar					11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado			
--------------------------	--	-------------------------	--	--	--

Dados do Profissional Solicitante

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 Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelista		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento Cirúrgico	23 - Tipo de Internação eleito	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente sofreu entorse de joelho esquerdo e evolui com rotura do menisco medial e lateral, associado a osteoartrite. Dor intensa e limitação funcional. Indicado Tratamento cirúrgico por videoscopia.

29 - CID10 Principal (opcional)	30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)	32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30A33065	<i>fechura de um menisco</i>	2
2- <input type="checkbox"/>	30A33049	<i>osteotomia</i>	1
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		<i>fechura de vídeo</i>	
8- <input type="checkbox"/>		<i>limpeza do joelho</i>	1
9- <input type="checkbox"/>		<i>radiografia</i>	1
10- <input type="checkbox"/>		<i>exame de sangue</i>	
11- <input type="checkbox"/>		<i>exame de vídeo</i>	
12- <input type="checkbox"/>			

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 15/03/2023		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo da acomodação autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado			44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

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

Nataniel Altham

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