

| 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 00050000032373259 | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN | |
| 50 - Nome Social | | | | |
| 10 - Nome Angélica de Souza Tertuliano | | | | |
| 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 Unicort | | |
| 21 - Data sugerida para Internação | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento cirúrgico | 23 - Tipo de Internação eletivo | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | |
| 26 - Previsão de uso de OPME | | 27 - Previsão de uso de Quimioterapia | | |
| 28 - Indicação Clínica Paciente com dor intensa em Joelho Direito, lesão de menisco lateral e brânquiocondral. Encaminhado para tratamento cirúrgico 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"/> | 3107331065 | Reparo de um menisco | 01 | |
| 2- <input type="checkbox"/> | 3107331049 | Osteocondroplastia | 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"/> | 600241151 | Tala de gesso | 01 | |
| 9- <input type="checkbox"/> | 0059101045 | Lamina de Shaver | 01 | |
| 10- <input type="checkbox"/> | 1011167100 | Radioterapia | 01 | |
| 11- <input type="checkbox"/> | 713831816716 | Kit sutura menisco Cross fix | 03 | |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | | |
| Dados da autorização | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 08/02/24 | | 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 Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Chirurgia do Joelho CRM 25711 - TEOT 12360 | | | | |
| Material Arthrom | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | |
| | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | |