

1 - Registro ANS  
**343269**

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  
**09767333042197004**

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento de RN

50 - Nome Social

10 - Nome  
**Roberto Carvalho Vieira**

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

**União**

21 - Data sugerida para Internação

22 - Caráter do Atendimento

**Quirúrgico**

23 - Tipo de Internação

**Oletivo**

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

**1**

26 - Provisão de uso do OPME

**S**

27 - Provisão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

**Paciente com dor em Joelho direito, com piora progressiva. Ruptura no menisco lateral e medial com "Flap" e lesão osteocendral. Encaminhado p/ cirurgia por videarthroscopia.**

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"/>	<b>3107331065</b>	<b>Reparo de um menisco</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<b>3107331049</b>	<b>Osteotomia</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	<b>6100241151</b>	<b>Taxa de vídeo</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<b>10015910145</b>	<b>Barbina de Shaver</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<b>01011161010</b>	<b>Radioterapia</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<b>71818181616</b>	<b>Kit suture menisco Cross Fix</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar  
**21/12/23**

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

**E. Alexandre Provenza**  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 29281 - TEOT 12360

**Material Artrou**

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização