

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>099422174254633001</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

*Renan José dos Santos*

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</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>Unimed</i>	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento <i>cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>Eletivo</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 Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*Paciente sofreu entorse de joelho esquerdo, evoluiu com rotura de LCA + rotura de ligamento lateral e lesão osteocondral, Encaminhado p/ tratamento cirurgico 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"/>	13101713101713	<i>Reconstrução de LCA</i>	1011	
2- <input type="checkbox"/>	131017131121116	<i>Transp. náo de tendões</i>	1011	
3- <input type="checkbox"/>	13101713101419	<i>Osteocondroplastia</i>	1011	
4- <input type="checkbox"/>	13101713101910	<i>Lesões ligamentares periféricas crônicas</i>	1011	
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	1610101411511	<i>taxa de video</i>	1011	
9- <input type="checkbox"/>	10101519101415	<i>lamina de shaver</i>	1011	
10- <input type="checkbox"/>	101011116171010	<i>Radiofrequencia</i>	1011	
11- <input type="checkbox"/>	101015191710101	<i>Parafuso bioabsorvível</i>	1011	
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>09/11/23</b>	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 Provenza  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 28281 - TEUT 12360*

*Material Arthrom*

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