

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data da Validade da Senha
-------------------------	-----------	-------------------------------

*enfermaria*

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>005 00000 2545660</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

10 - Nome Social

10 - Nome

*Micheline Tavares Paduan*

**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 <i>Unioeste</i>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caracter do Atendimento

*cirurgico*

23 - Tipo de Internação

*eleitivo*

24 - Regime de Internação

*1*

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

*5*

26 - Previsão de uso de OPME

*5*

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*Paciente com lesão de menisco lateral associada a lesão Condral em folheto esquerdo. Encaminhado para 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"/>	<b>31071330165</b>	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<b>31071330149</b>	<i>Osteocondroplastia</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<b>01012411511</b>	<i>Tala de video</i>		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<b>010159101015</b>	<i>lamina de Shaver</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<b>0101511617100</b>	<i>Radio Frequencia</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>20/07/23</i>	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 - TEOT 12360*

*Material Arthron*

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