

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 <i>enf.</i>	

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>0005 0000057 693326</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>Rafael Wlisses da Silva</b>		

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>
16 - Número do Conselho <b>28281</b>	17 - UF <b>PR</b>
18 - Código CBO	

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Uniete</b>	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgia</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eleito</b>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Paciente sofreu nova entorse de joelho direito, evoluiu com lesão em "alga de salada" menisco medial, e lesão de LC A, lesão condral grau III. Encaminhado para tratamento cirurgico por videoscopia.</b>		
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"/>	310173131073	Reconstrução de LCA	01	
2- <input type="checkbox"/>	310173131073	Transp. mais de 1 tendão	01	
3- <input type="checkbox"/>	310173131073	Transp. unica de tendão	01	
4- <input type="checkbox"/>	310173131073	Preserv. ligamentos perifericos cronicos	01	
5- <input type="checkbox"/>	310173131073	Reparo de um menisco	01	
6- <input type="checkbox"/>	310173131073	Osteocondroplastia	01	
7- <input type="checkbox"/>		Taxa de video	01	
8- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver	01	
9- <input type="checkbox"/>		Radiografia	01	
10- <input type="checkbox"/>		Parafuso Biobionivel	01	
11- <input type="checkbox"/>		Kit de sutura menisco - Cross Fix	01	
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>11/04/24</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 <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360</b>		
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Material Artrom</i>		