

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	AP.

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>0005 0000063016210</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

10 - Nome

**Andrea da Silva de Oliveira Lima**

**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>Unioeste</b>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eletiva</b>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente dor intensa em joelho esquerdo, sinovite vilonodular e lesão osteocondral. Edema importante, sinovite difusa e intensa. Encaminhado para tratamento cirurgico por videarthroscopia. Saliente que a paciente faz tratamento reumatológico (proteína C reativa) - alterada.

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"/>	310171313101491	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>01</b>	
2- <input type="checkbox"/>	310171313101411	<b>Sinovectomia</b>	<b>01</b>	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	6101021411511	<b>Taxa de vídeo</b>	<b>01</b>	
9- <input type="checkbox"/>	101015191010413	<b>Exame de shaver</b>	<b>01</b>	
10- <input type="checkbox"/>	1010111161199	<b>Radiofrequência</b>	<b>01</b>	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>26/10</b>	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada	44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		

45 - Observação / Justificativa

**Dr. Alexandre Provenza**  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 28281 - TEOT 12360

**material Artrom**

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