

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

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>09750000016944715</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

10 - Nome

**Wilmar Gomes dos Santos**

## 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 - (Assinatura)

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

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Unorte</b>	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento <b>cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eletivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso do OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápicos

## 28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho Direito, limitação funcional, lesão de menisco lateral e lesão condral. 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"/>	3101313101615	Reparo de um menisco	011	
2- <input type="checkbox"/>	3091313101419	Osteocondroplastia	011	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>				
9- <input type="checkbox"/>	60012411511	Fixação de viduo	011	
10- <input type="checkbox"/>	010151910101415	Laminectomia de Shaver	011	
11- <input type="checkbox"/>	0101211617100	Radioterapia	011	
12- <input type="checkbox"/>				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>21/09/23</b>	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - CARGO CNES

## 45 - Observação / Justificativa

**Dr. Alexandre Provenza**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 20221 - TEOT 12260

**Material Artrom**

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