

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	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

**10 - Nome**

Alan Cristian da Silva Dias

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

**14 - Nome do Profissional Solicitante**

Fabio Fraga Maluli de Oliveira

**15 - Conselho Profissional**

**16 - Número do Conselho**

**17 - UF**

**18 - Código CBO**

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

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Santa Casa de Londrina	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01		26 - Previsão de uso de OPME 5
27 - Previsão de uso de Quimioterápico		

**28 - Indicação Clínica**

Rotura do menisco lateral e fissuras condrais profundas na patela (condropatia grau III) joelho esquerdo.

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"/>	3101713131016151	Reparo meniscal	1011	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3101713131014191	Artroscopia	1011	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		1 lâmina de shaver	1011	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		1 equipo 4 vias	1011	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		3 kit de sutura meniscal crossfire	1013	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>				<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	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**

45 - Observação / Justificativa			
---------------------------------	--	--	--

46 - Data da Solicitação 27/05/2024	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Fabio Fraga Maluli ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM-PR 39.832 - TEOT 15509	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	--	---