

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>00050000060812462</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		

**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>Unimed</b>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgia</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>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

**28 - Indicação Clínica**

Paciente com dor em joelho direito, com piora progressiva, evoluiu com rotura do 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"/>	3013131065	Reparo de um menisco	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3013131949	Osteocondroplastia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	001161100	Radiofrequência	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	6101024151	Taxa de vidro	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver	01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>06/06/24</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  
**Dr. Alexandre Provenza**  
**Ortopedia/Traumatologia**  
**Cirurgia do Joelho**  
**CRM 28281 - TEOT 12360**

**Material**  
**Arthrom**

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