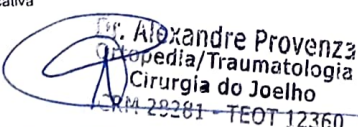


1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Social											
10 - Nome Wellington Bezar Marques de Andrade											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza		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 Uniete			21 - Data sugerida para Internação						
22 - Caráter do Atendimento cirurgico		23 - Tipo de Internação eletivo		24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente em pós-operatório tardio, evolui com ruptura do menisco medial, dor intensa, limitação funcional. Indico tratamento cirurgico											
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"/>	310733065	Repõe de um Menisco	1	
2- <input type="checkbox"/>	310733090	Tratamento de artrofibrose	1	
3- <input type="checkbox"/>	310733099	Osteocondroplastia	1	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>		Tata de video		
8- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver		
9- <input type="checkbox"/>		Radiofrequencia		
10- <input type="checkbox"/>		Equipo de sono 4 mas		
11- <input type="checkbox"/>		capa de video		
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 01/06/23		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 29281 - TEOT 12360							
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	