

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha <i>euf</i>
-------------------------	-----------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00050000006141695	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Carlos Eduardo Sabre

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>28281</i>	17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
--------------------------	-------------------------	--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>União</i>	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>urgencia</i>	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>	26 - Previsão de uso de OPM <i>S</i>	27 - Previsão de uso de Quiroscópio

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor intensa em joelho esquerdo, rotura em menisco medial "Flap" e lesão osteocondral. Bloqueio articular. Encaminhado para procedimento cirurgico por videolaparoscopia

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"/>	307330165	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>01</i>	
2- <input type="checkbox"/>	30733049	<i>Osteocondroplastia</i>	<i>01</i>	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	61023411511	<i>Taxa de Joke</i>	<i>01</i>	
9- <input type="checkbox"/>	10159140415	<i>Lamina de Shaver</i>	<i>01</i>	
10- <input type="checkbox"/>	1011161799	<i>Radiofrequencia</i>	<i>01</i>	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>07/12/23</i>	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 25281 - TEOT 12360*

*Marcelo
Arthur*

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