

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 521 350	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
--	--------------------------	----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Rosely Faria de Moraes

Dados do Contratado Solicitante

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

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28281	17 - UF PR	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Evangelico	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter de Atendimento Emergência	23 - Tipo de Internação Eleitiva	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	--	---------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
Paciente sofreu entorse de joelho direito, dor intensa com piora progressiva, evoluiu com rotura do menisco lateral e lesão condral. Encaminhado para tratamento cirurgico por videoscopia.

29 - CID10 Principal (opcional)	30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)	32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	310731310105	Reparo de um menisco	01	01
2- <input type="checkbox"/>	310731310149	Osteocondroplastia	01	01
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>		Taxa de video	01	01
8- <input type="checkbox"/>		Exame de Shaver	01	01
9- <input type="checkbox"/>		Radiografia	01	01
10- <input type="checkbox"/>		Kit sutura menisco Jigger stitch	01	01
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 29/05/24	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
--	-------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
--	--	------------------

45 - Observação / Justificativa
materialARTHRO

Dr. Alexandre Provenza
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 28281 - TEOT 12260

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