

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| 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 484525 | | 8 - Validade da Carteira | |
| 9 - Atendimento a RN | | | |
| 50 - Nome Social | | | |
| 10 - Nome Dina Rodrigues | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | |
| 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 Quirúrgico | | 23 - Tipo de Internação Eleitivo | |
| 24 - Regime de internação | | 25 - Qtde. diárias Solicitadas 1 | |
| 26 - Previsão de uso de OPME S | | 27 - Previsão de uso de Quimioterapia | |
| 28 - Indicação Clínica Paciente com dor em joelho esquerdo, com piora progressiva refere bloqueios esporádicos, lesão de menisco lateral e lesão condral. Encaminhado para tratamento cirúrgico por videartroscopia. | | | |
| 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"/> | 3017330615 | Reparo de um menisco | 011 |
| 2- <input type="checkbox"/> | 3017330419 | Osteocondroplastia | 011 |
| 3- <input type="checkbox"/> | | | |
| 4- <input type="checkbox"/> | | | |
| 5- <input type="checkbox"/> | | | |
| 6- <input type="checkbox"/> | | | |
| 7- <input type="checkbox"/> | | | |
| 8- <input type="checkbox"/> | 6010841511 | Tala de vidros | 011 |
| 9- <input type="checkbox"/> | 1005910045 | Lamina de Shaver | 011 |
| 10- <input type="checkbox"/> | 1002167010 | Radioterapia | 011 |
| 11- <input type="checkbox"/> | | | |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | |
| Dados da autorização | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 27/09/23 | | 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 Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho Artroscopia | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização Márcio Artrom | |