

| | |
|-----------------------------------|---|
| 1 - Registro AHS 326755 | 3 - Número da Guia Abordada pela Operadora 000000000000 |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Cidades |
| 6 - Endereços | |

| | |
|---|---------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 49 099.2 | 8 - Endereços |
| 9 - Endereços | |
| 10 - Nome Social | |

| | |
|---|-------------------------|
| 11 - Nome Pedro Paulo Miranda Fernandes | |
| Dados do Contratado Solicitante | |
| 12 - Código na Operadora | 13 - Nome da Contratada |

| | | | | |
|--|--|--|---|------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provença | | 15 - Registro Profissional CRM | 16 - Número do Registro 22231 | 17 - Data 98 |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | 18 - Endereços | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Evangélico | | | |

| | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 21 - Caracter de Atendimento Emergência | 22 - Tipo de Internação Electiva | 23 - Número da Internação 1 | 24 - Tipo de Serviço Solicitado 1 | 25 - Número da Internação 5 |
|---|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|

| |
|--|
| 26 - Indicação Clínica Paciente sofreu entorse de joelho direito, dor intensa e edema local, apresenta lesão de LCA, necessitando de tratamento cirúrgico por videoscopia. |
|--|

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 27 - CID10 Principal (opcional) | 28 - CID10(2) (opcional) | 29 - CID10(3) (opcional) | 30 - CID10(4) (opcional) | 31 - Indicação de Exames (exames de imagem recomendados) |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | |
|--|--|-------------------------------------|-----------------|
| 32 - Tabela | 33 - Código do Procedimento ou Item assistencial | 34 - Descrição | 35 - Quantidade |
| 1- | 3101713101713 | Reconstrução de LCA | 01 |
| 2- | 31017131112116 | Transp. Mão de 1. Bandas | 01 |
| 3- | 3101713101615 | Reporte de um menisco | 01 |
| 4- | | | |
| 5- | | | |
| 6- | | | |
| 7- | 6101014111511 | Taxa de vídeo | 02 |
| 8- | 0101519101015 | Barra de Shaver | 01 |
| 9- | 010111116171010 | Radiofrequência | 01 |
| 10- | 71015131018115 | Parafuso em titânio | 02 |
| 11- | 3131818161716 | Kit sutura menisco Cross Fix | 02 |
| 12- | | Kit de sutura menisco - Juggenstich | 02 |

| | |
|--|--|
| Dados da autorização | |
| 36 - Data provável da Admissão hospitalar 29/12/23 | 37 - Qtd de Diárias Autorizadas |
| 38 - Tipo de atendimento autorizado | |
| 39 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | 40 - Nome do Hospital / Local Autorizado |
| 41 - Códigos CNEIS | |

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| 42 - Observação / Justificativa Dr. Alexandre Provença Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM: 28281 / FEG-12360 | | Material Prótese | |
|--|--|---------------------|--|

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 43 - Data da Solicitação | 44 - Assinatura do Profissional Solicitante | 45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 46 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|--|---|