

**GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>0005000003270788</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**Amauri Alcindo Alfieri**

**Dados do Contratado Solicitante**

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

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

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Uniate</b>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <b>Urgência</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eletiva</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho direito, com piora progressiva, Bloqueio articular, evoluiu com rotura de meniscos medial e lateral, lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento Cirurgico por videoscopia.

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"/>	31011310165	Repars de um menisco	101	
2- <input type="checkbox"/>	31011310149	Osteocondroplastia	101	
3- <input type="checkbox"/>	31011310114	Sinovectomia	101	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	60012411511	Taxa de video	101	
9- <input type="checkbox"/>	005990415	Radiografia	101	
10- <input type="checkbox"/>	7181910470	Kit Menisco Cross-Fix	101	
11- <input type="checkbox"/>	005910045	Lamina de Shaver	101	
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>25/01/24</b>	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 28281 - TEOT 12360

**Material Arthrom**

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