

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>000500000 598 59272</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>Michael Donizete Biras</b>
--

**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>Unioeste</b>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <b>Emergência</b>	23 - Tipo de Internação <b>Coletiva</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 <b>Paciente sofreu entorse de joelho esquerdo, de importante c/piora progressiva, refere marcha claudicante, evoluiu com lesão de LCA e osteocondropatia grau 3. Enca minho pt tratamento cirurgico pt videarthroscopia</b>
---

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"/>	31071310713	Reconstrução de LCA	01	
2- <input type="checkbox"/>	31073112116	Transp. mais de 1 tendão	01	
3- <input type="checkbox"/>	31073310419	Osteocondroplastia	01	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>	60102141151	Taxa de video	01	
8- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver	01	
9- <input type="checkbox"/>	10101116799	Radiografia	01	
10- <input type="checkbox"/>	01059710071	Parafuso Bicrossível	01	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>09/05/24</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 <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirúrgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360</b> <b>Material ARTHROM</b>
---

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