

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	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
------------------------	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social <b>Alícia Garcia Casagrande</b>
---

10 - Nome
-----------

Dados do Contratado Solicitante

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

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Carlos Carneiro Médico CRM/PR 29716</b>	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
---	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter do Atendimento <b>elet</b>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas <b>01</b>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	-------------------------	---------------------------	--	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica <b>Re-rupture do menisco rotado ombro direito</b>
---

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M75.1</b>	30 - CID 10(2) (opcional) <b>S46.0</b>	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"/>	301735068	Reparo do menisco rotado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	301735033	Artroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	301735084	Reparo lateral de tornante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	101097077	SILVER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	00570045	ANCORA Bio Absorvível 2.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	34683101	Canula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	001116702	Eletróscaviterio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	00570045	Guia flexível PI sutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	00612103	Equipos Bomba Lok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	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>material Arthrom</b>
--

46 - Data da Solicitação <b>25/05/23</b>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---

**Dr. Carlos Carneiro**  
Médico  
CRM/PR 29716