

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 516 825		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
--	--	--------------------------	----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
Tiago Aparecido dos Santos

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 cirurgico	23 - Tipo de Internação eleitivo	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	--	---------------------------	--	--	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica
Paciente com dor em joelho esquerdo, fragmento ósseo/corpo intra-articular, lesão osteocondral. Encaminado para tratamento cirurgico e videoscopia.

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"/> 31017B131049	Osteocondroplastia	10/1	<input type="checkbox"/>
2-	<input type="checkbox"/> 31017B131014	Sinovectomia	10/1	<input type="checkbox"/>
3-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8-	<input type="checkbox"/> 6100241151	Taxa de video	10/1	<input type="checkbox"/>
9-	<input type="checkbox"/> 005A101045	Lamina de Shaver	10/1	<input type="checkbox"/>
10-	<input type="checkbox"/> 010116700	Radiofrequência	10/1	<input type="checkbox"/>
11-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 28/02		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
Material Arthron

46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	---	--	---