

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 <b>AP.</b>	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira <b>099 419 4820 82 68005</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Anderson Rabel de Almeida</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>Brangelico</b>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento <b>curativo</b>	23 - Tipo de Internação <b>urgência</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 Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Paciente com dor em joelho esquerdo, piora progressiva da algia, rotura de menisco medial com "flap". Encaminha p/ tratamento cirurgico com urgência devido bloqueio Articular,</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"/>	<b>31971331065</b>	<b>Reparo de um menisco</b>	<b>01</b> <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<b>31013131049</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>01</b> <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"/>	<b>61001041511</b>	<b>Taxa de video</b>	<b>01</b> <input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<b>1001519101415</b>	<b>Exame de shaver</b>	<b>01</b> <input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<b>10111163100</b>	<b>Radiografia</b>	<b>01</b> <input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<b>18181818116</b>	<b>Kit sutura menisco Cross Fix</b>	<b>03</b> <input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>10/01/24</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 <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Chefe do Joelho CRM 25281 - TEOT 12360</b>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <b>Maternal Arthur m</b>	