

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____			
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9 - Atendimento a RN _____	
10 - Nome Fabio Augusto da Silva				11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____			
14 - Nome do Profissional Solicitante Fabio Inga Maluli de Oliveira		15 - Conselho Profissional _____		16 - Número no Conselho _____	
		17 - UF _____		18 - Código CBO _____	
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado União		21 - Data sugerida para Internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento _____	23 - Tipo de Internação _____	24 - Regime de Internação _____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico N
28 - Indicação Clínica Lesão meniscal lateral em algo de baldi + condropatia, edema e sinovite em joelho esquerdo.					
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 ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
01	30733065	Reparo ou sutura de um menisco	01	_____	
02	30733030	Condrolastia	01	_____	
03	30733014	Sinovectomia	01	_____	
04	00590045	1 lâmina de shaver	01	_____	
05	78898676	3 Kits de sutura meniscal	03	_____	
06	60024151	Taxa de vídeo	01	_____	
07	60000554	diária apartamento	_____	_____	
08	_____	_____	_____	_____	
09	_____	_____	_____	_____	
10	08011080	_____	02	_____	
11	_____	_____	_____	_____	
12	_____	_____	_____	_____	
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		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 _____					