

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
<i>Enfermaria</i>			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 00500000 534 56532		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <i>Nice Emi Hirakuri</i>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>		15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>28281</i>
		17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unorte</i>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>urgência</i>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>
		26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <i>Paciente com lesão de menisco lateral, associada a lesão condral em folho esquerdo. Encaminha para tratamento cirurgico por videarthroscopia, folho com bloqueio articular, solicita urgência</i>			
29 - CID 10 Principal (opcional) <i>M23.2</i>	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"/>	13101310151	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>1</i>
2- <input type="checkbox"/>	13101310149	<i>Osteocondroplastia</i>	<i>1</i>
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>	61010241151	<i>Tala de Uides</i>	
9- <input type="checkbox"/>	10101590045	<i>lamina de Shaver</i>	
10- <input type="checkbox"/>	10101216700	<i>Radiofrequência</i>	
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>29/06/23</i>		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 <i>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 29281 - TEOT 12350</i> <i>Material Artrom</i>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	