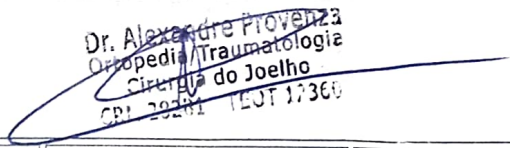


1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha <i>enfermaria</i>	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira <b>00050000047653089</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN	
10 - Nome Social			
11 - Nome <b>Alexandre Alves de Oliveira</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	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>União</b>	
		21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirúrgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>Objetivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
		26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
28 - Indicação Clínica  <b>Pós operatório tardio de videoscopia. Atualmente apresenta novas lesões em joelho direito, ruptura do menisco medial em alça de Balde e lesão osteocondral. Encaminho para tratamento cirúrgico por videoscopia.</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>31071310615</b>	<b>Reparo de um menisco</b>	<b>1011</b>
2- <input type="checkbox"/>	<b>31071310491</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>1011</b>
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>	<b>61010241151</b>	<b>Taxa de vídeo</b>	<b>1011</b>
9- <input type="checkbox"/>	<b>010159101045</b>	<b>Lamina de Shaver</b>	<b>1011</b>
10- <input type="checkbox"/>	<b>01011167100</b>	<b>Radiofrequência</b>	<b>1011</b>
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>14/09/23</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  <div style="text-align: center;">   <b>Dr. Alexandre Provenza</b>  <b>Ortopedia/Traumatologia</b>  <b>Cirurgia do Joelho</b>  <b>CPF: 292811101-1</b> </div> <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;"> <b>Material Artrom</b> </div>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização