

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	<i>enf.</i>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 00050000035431450	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		

10 - Nome Mariana Lopes Jolpato

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Proença	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 Evangelico	21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento Cirurgico	23 - Tipo de Internação Urgencia	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	--	---------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica Paciente com captção em folho direito, deambulando com Algia local, Rotura tipo "Alça de balde" no menisco lateral, lesão osteocendral grau 2. Enca minho para tratamento Cirurgico por videoscopia com urgência.
--

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"/>	3101313101615	Reparo de um menisco	01	
2- <input type="checkbox"/>	3101313101419	Osteocondroplastia	01	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>	101012411511	Taxa de video	01	
8- <input type="checkbox"/>	101519100415	Exame de Sizer	01	
9- <input type="checkbox"/>	1010111617010	Radiografia	01	
10- <input type="checkbox"/>	71881986770	Kit Sutura Menisco CrossFix	01	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 21/02/24	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 Dr. Alexandre Proença Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 123456789	Material Arthrom
--	-----------------------------

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---