

1 - Registro ANS 326755	3 - Data de Autorização	4 - Beneficiário	5 - Data de Emissão da G
-----------------------------------	-------------------------	------------------	--------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente		9 - Validade da Carteira
7 - Número da Carteira	8 - Plano	
10 - Nome completo SUSANA KATIA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante		14 - Código
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
	18 - UF	19 - Código

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação		21 - Nome do Prestador HEL
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtd. Diárias Solicitadas 01	

26 - Indicação Clínica
**RUPTURA DO T. PATELAR, LESÃO OSTEOCONDAL SOBE
DETALHAMENTO PATELAR, LESÃO COMPLEXA MEMBRANO
PACIENTE COM DOENÇA PORMISSITA**

Hipótese Diagnóstica		28 - Indicação de Acidente
27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trauma 2 - Câncer
30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)
		33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados		37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	
1 -	3072 630	RECONSTRUÇÃO T. PATELAR	
2 -	3073 1216	EXATIDÃO T. PATELAR	
3 -	3073 3053	MEMBRANO	
4 -	3073 33103	RELEASE PATELA	
5 -		ITAXA VIDEO	

OPM Solicitados		42 - Qtd.	43 - Fabricante	44 - Valor un
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM		
1 -		LAJAMA S HAVER		
2 -		LAJAMA HAVER (RESISTENTE)		
3 -		2 ANCOAS MONTADAS		
4 -		1 PATELARO MONTADO		

Dados da Autorização		46 - Qtd. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar			
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código

51 - Observações		52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro FONE 3315-1900	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização