

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 000 5 00000 44 538211	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN enf.
50 - Nome Social		

10 - Nome Janilda Aparecida Santana Pereira

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado				
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	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 <i>União</i>			21 - Data sugerida para Internação		
22 - Caráter do Atendimento <i>cirurgica</i>	23 - Tipo de Internação <i>eletiva</i>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>5</i>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	

Amesante mas Ostracodas e Sinante em
Jallo Espuado. Externos N Testamnt Cienyico
por nduar bscipio de Jallo.

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"/>	3107330149	ostecondroplastia	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	310733024	sinovectomia	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	00590045	lamina de shaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	019116700	radiofrequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	60024151	taxa divideo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 22/06/20	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			
<p>Dr. Alexandre Piovenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 10101 - TEOT 12360</p> <p>Material artrose</p>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização