

1 - Registro ANS	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 0000000000	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome VANIA MARIA DOS SANTOS MOREIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO				
14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO	15 - Conselho Profissional 6	16 - Número no Conselho 32298	17 - UF Pr	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0003-75	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃOZINHO - UNIDADE BELA SUÍÇA		21 - Data sugerida para internação 10/07/2023		
22 - Caráter do atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico S
28 - Indicação Clínica Reconstrução do canto lateral com manutenção da dor e sinal de soltura dos materiais da fibula Plano: Retirada dos materiais, sinovectomia e reparo ligamentar por vídeo. Material - Allmedic: lâmina de shaver 3,5mm + lâmina de shaver 4,5mm					
29 - CID 10 Principal S932	30 - CID 10 (2) T856	31 - CID 10 (3) 0	32 - CID 10 (4) 0	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
Procedimentos Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut	
1 - 22	30734010	Sinovectomia total - procedimento videoartr	1	1	
2 - 22	30715270	Retirada de material de síntese - tratament	1	1	
3 - 22	30734053	Reconstrução, retencionamento ou reforço de	1	1	
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 0	41 - Tipo da Acomodação Autorizada 0			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 0	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES		
45 - Observação / Justificativa					
46 - Data de Solicitação 26/06/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização