

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data de validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
-----------------------------------	--	-------------------------	--	-----------	--	-------------------------------	--	-----------------------------	--

**Dados do Beneficiário / Paciente**

7 - Número da Carteira		8 - Plano		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome completo <b>BRUNNA BARTZ HUMENIK</b>				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

**Dados do Contratado Solicitante**

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

**Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação**

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		21 - Nome do Prestador	
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>	
26 - Indicação Clínica <b>EMBOSE SOFURTO COM LESA LCA, LCM, MENISCO E FALCULA OSTEO CONDUR</b>			

**Hipótese Diagnóstica**

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID Principal		31 - CID (2)		32 - CID (3)	
		33 - CID (4)			

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1-	30133073	LCA		
2-	30131216	EMBOSE		
3-	30126180	LCM		
4-	30731216	EMBOSE		
5-	30133065	REPARO MENISCO		
	30133049	OSTEOCONDROPLASTIA		

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		TAXA VIDEO			
2-		SHAVEL			
3-		PARAFUSO WILHELMSEN	2		
4-		PLACA EMBOBOTON	1		
5-		FIO ALTA RESISTENCIA	2		
		1 KIT MOSAICO PLASTIA			

**Dados da Autorização**

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de acomodação autorizada	
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CNES	
51 - Observações					

**Assinaturas**

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--	---	--	--	--