

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 0975000000 782 74 93		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social			
11 - Nome Marcelo Evandro Gomes Marsura			
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 Uniate	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento Cirurgico	23 - Tipo de Internação Eletivo	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1
		26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Paciente c/ dor progressiva e instabilidade em joelho esquerdo, evoluiu com rotura em menisco medial e condropatia. Encaminhado p/ tratamento cirurgico por videartroscopia.			
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"/>	31071310615	Reparo de um menisco	012	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	31071310419	Osteocondroplastia	012	<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"/>	Taxa de video	011	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examina de Shaver	011	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	001167100	Radiofrequencia	012	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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 29/04/24		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 Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360 Marcelo Arthur			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização