

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha <i>Apartamento</i>

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>000500000533 01750</b>	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento de RN	
10 - Nome <b>Helecia Regina Tanke Oliveira</b>	

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>	15 - Conselho Profissional
16 - Número do Conselho	17 - UF
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelico</b>
21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>urgencia</b>
24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Paciente apresenta limitação limitação de ADM, 0-60°, acompanhado de abaulamento anterior em joelho esquerdo. Dor importante causando limitação. Solicito urgência.</b>	

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"/>	<b>3101713101910</b>	<b>Tratamento Cirurgico de Artrite</b>	<b>1012</b>	
2- <input type="checkbox"/>	<b>3101110115121</b>	<b>Extensos Ferimentos, laceracoes, queimaduras, exc. e ret.</b>	<b>1013</b>	
3- <input type="checkbox"/>	<b>3101713101919</b>	<b>cutaneos da regio</b>	<b>1012</b>	
4- <input type="checkbox"/>		<b>ostecondroplastia</b>		
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	<b>10101011411511</b>	<b>Taxa de video</b>	<b>1013</b>	
9- <input type="checkbox"/>	<b>10101011411511</b>	<b>laminas de shaver</b>	<b>1013</b>	
10- <input type="checkbox"/>	<b>1010111617100</b>	<b>Radio frequencia</b>	<b>1012</b>	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização	
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>24/11/23</b>	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 <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 29281 - TEUT 17361</b>	
<b>Material Arthrom</b>	
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização