

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	
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <i>Thiago Hayner Volovitz</i>			
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Fábio Braga Maluli de Oliveira</i>		15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho
		17 - UF	18 - Código CBO
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Santa Casa de Londrina</i>	
		21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>
			26 - Previsão de uso de OPME <i>5</i>
27 - Previsão de uso de Quimioterapia			
28 - Indicação Clínica <i>Notura menisco medial e cisto gangliônico em joelho esquerdo.</i>			
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)
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<i>31071313101615</i>	<i>Preparo meniscal</i>	<i>01</i>
2- <input type="checkbox"/>	<i>31071311101416</i>	<i>Tratamento cirúrgico de cisto sinovial</i>	<i>01</i>
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>		<i>1 Lâmina de shaver</i>	<i>01</i>
5- <input type="checkbox"/>		<i>1 equipe 4 horas</i>	<i>01</i>
6- <input type="checkbox"/>		<i>3 kits de sutura meniscal crossfire</i>	<i>03</i>
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
<b>Dados da autorização</b>			
39 - Data provável da Admissão hospitalar		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			
46 - Data da Solicitação <i>27/05/2024</i>			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Fábio Braga Maluli</i> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	