

1 - Registro ANS 343269		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 0865 000 39641020 34	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RH	
10 - Nome Social			
10 - Nome Emily Lactano Brugnelli			
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 Evangelico	21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento Cirurgia	23 - Tipo de Internação Eleitiva	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 com dor importante após trauma direto, edema graves pós - contusional na faceta medial. Evoluiu com Rotura do menisco lateral e lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento cirúrgico por Videoscopia			
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"/>	30733069	Reparo de um menisco	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733049	Osteocondroplastia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	610241151	Tala de vidro	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Lamina de Shaver	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	101216799	Radiofrequência	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Kit sutura jiggerstitch	02	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 07/06/24	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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360 </div> <div> Material Artrom </div> </div>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização