

1- Registro ANS <b>338648</b>		3- Data da Autorização / /		4- Senha		5- Data Validade da Senha / /		6- Data de Emissão da Guia / /	
Dados do Beneficiário									
7- Número da Carteira <b>28530700</b>						8- Plano <b>SANESAÚDE</b>		9- Validade da Carteira / /	
10- Nome <b>Angela Candido</b>						11- Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /			
Dados do Contratado Solicitante									
12- Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b>				13- Nome do Contratado <b>Unioeste</b>				14- Código CNES	
15- Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b>				16- Conselho Profissional <b>CRM</b>		17- Número no Conselho <b>17905</b>		18- UF <b>PR</b>	
19- Código CBO S									
Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação									
20- Código na Operadora / CNPJ				21- Nome do Prestador					
22- Caráter da Internação <b>E</b> - Eletiva <b>U</b> - Urgência/Emergência		23- Tipo de Internação <b>2</b> - Cirúrgica 1 - Clínica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica							
24- Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25- Qtde. Diárias Solicitadas <b>03</b>					
26- Indicação Clínica <b>DOR + deformidade joelho ESX SI melhora c/ fisioterapia</b>									
Hipóteses Diagnósticas									
27- Tipo Doença A - Aguda C - Crônica		28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias				29- Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
30- CID 10 Principal <b>M179</b>		31- CID 10 (2)		32- CID 10 (3)		33- CID 10 (4)			
Procedimentos Solicitados									
34- Tabela		35- Código do Procedimento <b>30726034</b>		36- Descrição <b>Artroscopia total joelho</b>				37- Qtde. Solic. 38- Qtde. Aut.	
1- /		/		/				/	
2- /		/		/				/	
3- /		/		/				/	
4- /		/		/				/	
5- /		/		/				/	
OPM Solicitados									
39- Tabela		40- Código do OPM		41- Descrição OPM <b>Artroscopia total joelho importada</b>		42- Qtde		43- Fabricante <b>Zimmer Struyker</b>	
1- /		/		/		/		/	
2- /		/		/		/		/	
3- /		/		/		/		/	
4- /		/		/		/		/	
5- /		/		/		/		/	
Dados da Autorização									
45- Data Provável da Admissão Hospitalar / /				46- Qtde. Diárias Autorizadas		47- Tipo de Acomodação Autorizada			
48- Código na Operadora / CNPJ				49- Nome do Prestador Autorizado				50- Código CNES	
51- Observação									
52- Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b>									
53- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>Angela Candido</b>					54- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				