

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</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 a RN 		11 - Cartão Nacional de Saúde 	
10 - Nome <b>Cristina Rofino de Souza Silva</b>			
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado 	
14 - Nome do Profissional Solicitante 		15 - Conselho Profissional 	
16 - Número no Conselho 		17 - UF 	
18 - Código CB 			
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ 		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 	
21 - Data sugerida para internar / /			
22 - Caráter do Atendimento 	23 - Tipo de Internação 	24 - Regime de Internação 	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 
26 - Previsão de uso de OPME 	27 - Previsão de uso de quimioter 		
28 - Indicação Clínica  <b>Ruptura LCA + Condromatose + Sinovite Joelho (E)</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) 			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01-		<b>Reconstrução LCA</b>	<b>1</b>
02-		<b>Sinovectomia parcial</b>	<b>1</b>
03-		<b>Condromatose</b>	<b>1</b>
04-		<b>Transposição de menisco de 1º tendão</b>	<b>1</b>
05-		<b>Lixa de vidro</b>	<b>1</b>
06-			
07-			
08-			
09-		<b>Tecido de</b>	<b>1</b>
10-		<b>Plástico de interface - absorvível</b>	<b>1</b>
11-		<b>Lamina de shaver</b>	<b>1</b>
12-			
<b>Dados da Autorização</b>			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar / /		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada 			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 	
44 - Código CNES 			
45 - Observação / Justificativa 			