

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data da Validade da Senha <i>enf.</i>
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 000500000 59175233		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <i>Simone Maria Sales Junqueira</i>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>		15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>28281</i>
		17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			21 - Data sugerida para Internação
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Uniate</i>	
22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgico</i>	23 - Tipo de Internação <i>Coletivo</i>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>1</i>
			26 - Previsão de uso de OPME <i>5</i>
27 - Previsão de uso de Quimioterapia			
28 - Indicação Clínica <i>Paciente com dor em joelho esquerdo, com piora progressiva, evoluiu com rotura do menisco lateral e medial e lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento cirurgico por videoscopia.</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)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	31071330615	<i>Reparo de um menisco</i>	<i>1012</i> <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	31071330419	<i>Osteocondroplastia</i>	<i>1011</i> <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"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	6101021411511	<i>Taxa de video</i>	<i>1011</i> <input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	610159101419	<i>Lamina de Shaver</i>	<i>1011</i> <input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	0101211671010	<i>Radiofrequencia</i>	<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		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 <i>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360</i>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Material Athron</i>	