

1 - Registro ANS 326755		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		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN		11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome Matheus Venusso Padovesi			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	
16 - Número do Conselho		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento E		23 - Tipo de Internação E	
24 - Regime de internação E		25 - Qtde. diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica Paciente com lesão LCA do joelho Dire.			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	
31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(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"/>	30A1330A13	Videoartoscopia p/ Reconstrução LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30A131216	Reconstrução enxerto	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<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 11/11/2023		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					
46 - Data da Solicitação 11/09/2023		47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Dr. Vinícius Blanes Ortopedia/Fisioterapia CRM/PR 6664		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					