

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira <b>530530</b>		8 - Validade da Carteira	
		9 - Atendimento a RN	
10 - Nome Social			
10 - Nome <b>Adriana Jilira Baptistucci</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>
		17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelicos</b>	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento <b>Cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eletivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>
			26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>
			27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Paciente com dor intensa em joelho direito, rotura de menisco lateral e medial e lesão osteocondral. Encaminho p/ tratamento cirurgico por videoscopia.</b>			
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 ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3107331065	Reparo de um menisco	012
2- <input type="checkbox"/>	3107331049	Osteocondroplastia	01
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>	601024151	Taxa de video	01
9- <input type="checkbox"/>	0105910145	Lamina de Shaver	01
10- <input type="checkbox"/>	01011167100	Radio frequencia	01
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>24/01/24</b>		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  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>Dr. Alexandre Provenza</b> Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 29241 - TEOT 12360</p> </div> <div> <p><b>Material</b> <b>Arthrom</b></p> </div> </div>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	