

consulta foi dia 17/04/23

1 - Registro ANS 326755		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data de validade da Senha		6 - Data de Emissão	
Dados do Beneficiário / Paciente									
7 - Número da Carteira				8 - Plano			9 - Validade da Carteira		
10 - Nome completo KELLY R. S. CASTILHO				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				13 - Nome do Contratado					
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				21 - Nome do Prestador					
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência				23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01					
26 - Indicação Clínica LESÃO MENISCO LATERAL, LESÃO CAPSULARGEM PATELA - DIREITO									
Hipótese Diagnóstica									
27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica				28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias				29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID Principal		31 - CID (2)		32 - CID (3)		33 - CID (4)			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit.	
1- _____		30733065		REPARO MENISCO				38 - Qtde.	
2- _____		30733049		LESÃO OSTEOCAPSULAR					
3- _____		30733503		RELEASE PATELA					
4- _____									
5- _____									
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM				42 - Qtde.	
1- _____								43 - Fabricante	
2- _____								44 - Valor	
3- _____									
4- _____				SHAMMA SHAVOL					
5- _____									
Dados da Autorização									
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar				46 - Qtde. Diárias Autorizadas			47 - Tipo de acomodação autorizada		
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				49 - Nome do Prestador Autorizado					
50 - Código									
51 - Observações									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 23.617									
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				