

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

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

005 00000 35 44 99 88

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

CARLO FAVIA SAMOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no 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

UNIOESTE

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LCX + ACAR RESIDUANTE DA
PATELA DIREITA COM
PATELA ALTA e LESÃO DO LPM
e CONTAGEM

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 ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-___	30733103	DECONSTRUÇÃO LPM	___	___
02-___	30733118	ENFERMO FLEXOR	___	___
03-___	30733119	ENCURTAMENTO T. PATELAR	___	___
04-___	30733049	OSTEOCORTICÓIDE	___	___
05-___	___	PLACA VÍDEO	___	___
06-___	___	___	___	___
07-___	___	1 LAMINA SHAPER	___	___
08-___	___	1 PATELARO INTER. BIO	___	___
09-___	___	2 ANCORAS MONTADAS	___	___
10-___	___	2 FIOS ALTA RESISTÊNCIA	___	___
11-___	___	___	___	___
12-___	___	___	___	___

Dados da Autorização

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

46 - Data da Solicitação

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
