

<b>1 - Registro ANS</b>	<b>3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b>	
<b>4 - Data da Autorização</b>	<b>5 - Senha</b>	<b>6 - Data de Validade da Senha</b>

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN
10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	
Leonardo dos Santos		

### Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora										13 - Nome do Contratado														
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>														
14 - Nome do Profissional Solicitante										15 - Conselho Profissional					16 - Número no Conselho					17 - UF		18 - Código CBO		
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

**Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação**

19- Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado			21 - Data sugerida para internação	
		unioeste				
22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápicos	
C	C	H	01	S		

28 - Indicação Clínica

Ruptura LCA + osteocondral + Sinovite Joelho

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)
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-		Exatidão 400	1	
02-		Osteoclastostatin	1	
03-		Sinovectomia parcial	1	
04-		Transposição de jônco de 1 terço	1	
05-		Taxa de vídeo	1	
06-				
07-				
08-				
09-		Endobolus	1	
10-		Intubo de interfez-cin	1	
11-		Linha de Shaver	1	
12-				

### Dados da Autorização

<b>39 - Data Provável da Admissão Hospitalar</b>	<b>40 - Qtde. Diárias Autorizadas</b>	<b>41 - Tipo de Acomodação Autorizada</b>
____ / ____ / _____	_____	_____
<b>42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado</b>	<b>43 - Nome do Hospital / Local Autorizado</b>	<b>44 - Código CNES</b>
_____ _____ _____ _____ _____ _____  _____ _____ _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ _____ _____

## 45 - Observação / Justificativa

43 - Substâncias Psicoativas

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante Gustavo J. M. Costa Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
------------------------	---	--	---