

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 6150 2378

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social
WILLIAN FEUPE ROCHA MATINHO

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado
RESPONSÁVEL

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
H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
01

26 - Previsão de uso de OPME
S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica
ENTORSE DO JOELHO ESQUERDO há 8 MESES COM QUEIXA DE INSTABILIDADE NO JOELHO e dor AOS ESFORÇOS. EF = GAVETA ANTERIOR 2+, PIVOT 3+, LACHMAN 2+, DOR INTERLIMBA MEDIAL. APESAR DA IMAGEM DA RESSONÂNCIA MOSTRAR O LCA TEM NO EXAME CLÍNICO e QUEIXA CLARA DE FLOXUS

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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01	30733073	RECONSTRUÇÃO LCA		
02	30731119	ENLAXAMENTO FLEXORES		
03	30733065	REPARO MENISCO		
04		1 TAXA VIDEO		
05		1 LAMINA SHAVEL		
06	1000 66 879	1 PAINTEIRO INTERFERÊNCIA BLO		
07	0059 7007	1 BLACA ENDOSCOPICA		
08	70627 657	1 MIOLOPREGNECIA		
09	00116 700	3 KITS REPARO MENISCO		
10	788 98 676	"CROSSFIX"		
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 28617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização