

1 - Registro ANS 51.292-4		2 - Número da Guia Autorizada pela Operadora		
4 - Data da Autorização ___/___/___		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ___/___/___				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 010109356400		8 - Validade da Carteira ___/___/___		
9 - Atendimento a RN ___				
10 - Nome Rafael Elias Siqueira		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado União		
14 - Nome do Profissional Solicitante José Everaldo Pedrolo F.		15 - Conselho Profissional CRM-PR		
16 - Número no Conselho 23237		17 - UF PR		
18 - Código CBO _____				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____		
21 - Data sugerida para internação ___/___/___				
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação IT	24 - Regime de Internação C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico ___		
28 - Indicação Clínica Lesão osteocondral de fêmur extensa, com múltiplas lesões ligamentares associadas. Em constante.				
29 - CID 10 Principal M89		30 - CID 10 (2) S93		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
33 - CID 10 (5) (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-	3073405-3	Reconstrução ligamentar por raios	01	___
02-	3072816-9	Osteocondrite de fêmur	01	___
03-	3072817-7	Osteotomia de tíbia distal	01	___
04-	3071307-2	Retenção de enxerto (livro)	01	___
05-		OPM - Amara Peck fastlink	02	___
06-		Membrana de colágeno	___	___
07-		Condrogelly	01	___
08-		Cole de fibrina benton	01	___
09-		Parafuso com todo T.tari. 40	03	___
10-			___	___
11-			___	___
12-			___	___
Dados da Internação				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ___/___/___		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ___		41 - Tipo da Alojamento Autorizado ___
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. José Everaldo P. Filho Ortopedista CRM-PR 23.237		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____				