

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira8 - Validade da Carteira

9-Atendimento a RN

10 - Nome11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13 - Nome do Contratado14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselhoelho17 - UF18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora CNPJ20 - Nome do Hospital/Local Solicitado21 - Data sugerida para internação22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Informação

25 - Qtde. Diários Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

Lesão meniscal complexa medial + lesão meniscal lateral + condropatia patelar e femorotibial medial profundas.

29.CID 10 Principal (Optional)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.	3.0733.06.5	Reparo meniscal medial	0,1	
02.	3.0733.05.7	Meniscectomia parcial lateral	0,1	
03.	3.0733.04.9	Osteocondroplastia	0,1	
04.				
05.		1 lâmina de shaver partes moles	0,1	
06.		1 equipo 4 gias	0,1	
07.		1 Kit de sutura meniscal	0,1	
08.				
09.				
10.				
11.				
12.				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar40 - Qtde. Diarias Autorizadas41 - Tipo da Acomodação Autorizada42. Código da Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES45 - Observação / Justificativa46.Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Fabio Foga Maluli
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 39.832 - TEOT 15509