

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 000000 605844-3	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social	
10 - Nome Anderson Andre Alcir	

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
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 Ruptura LCA + Condromat. 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)
----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01-		Reparação LCA	1	
02-		Condromatose	1	
03-		Transposição de ligamento de 1 tendão	1	
04-		Tela de vidro	1	
05-				
06-				
07-				
08-		Torniquete	1	
09-		Infusão de interferon alfa	1	
10-		Ligamento de shaver	1	
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 Guilherme L. M. Pimenta Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM-PR 30165 / SBO 14548	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---