

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 0000000 620 360 7

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Alberto Apizeado Saturn

**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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

5

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Rotina LCA + LCM + Condopnt.  
Joelão (E)

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**

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01-					Reconstrução LCA	1	
02-					Reconstrução lig-est. externa	1	
03-					Condopnt.	1	
04-					Transposição de pontos de tendão	2	
05-					Taxa de vídeo	1	
06-							
07-							
08-							
09-					Tornalelo	1	
10-					Parafuso de interferência absorvível	8	
11-					Linha de shaver	1	
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

Guilherme J. M. Piovesana

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PR 30165 / SBOT 14548

46 - Data da Solicitação

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização