

*Debra Sandra*

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

0147 000 000 19.29770

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

*Viter Hugo R. Pedro*

10 - Nome

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

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*lesão LCA (+) menisco lateral (+) Lcm??  
Reconstr LCA (+) Lcm no intc - q?  
Joelma Dik*

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			<i>toxa no do</i>	01	
02			<i>Reconstr LCA</i>	01	
03			<i>transparição (+) Lcm</i>	01	
04			<i>Reparo do menisco</i>	01	
05			<i>Reconstr ligamento perfero</i>	01	
06			<i>transparição (+) Lcm</i>	01	
07			<i>Reparo do menisco</i>	01	
08			<i>Reparo do menisco</i>	01	
09			<i>Kit Soma Crossfire</i>	03	
10			<i>L. Shaper</i>	01	
11			<i>endoscopia</i>	01	
12			<i>periférico intc. B. A. B. S.</i>	01	

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 / Justificação

*Dr. Roberto G. Gasparelli  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389*

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização