

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 _____	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome A. Gomes Junior Lima		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

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 Pós-operatório de artroscopia multiligamentar de joelho esquerdo; apresenta limitação de amplitude de movimento, tendo iniciado exercícios para ganhar de amplitude de movimento
--

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- _____		Artroscopia	____	____	____
02- _____		Manipulação articular	____	____	____
03- _____		Taxa de vídeo	____	____	____
04- _____			____	____	____
05- _____			____	____	____
06- _____			____	____	____
07- _____			____	____	____
08- _____		Lâmina de shaver	____	____	____
09- _____			____	____	____
10- _____			____	____	____
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 Médico Solicitante Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	---	--

