

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 11/11/11		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 8821678 100027004		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Cidiano Daniel Dos Santos		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado União	
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 101	
26 - Previsão de Uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <div style="font-size: 2em; font-family: cursive;"> dor e limitação funcional para dir s/ auxílio c/ fto. Uelma </div>			
29 - CID 10 Principal M23.2		30 - CID 10 (2)	
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)	
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
01-	30733065	VINGO PLANEJADO	02
02-		Medial e lateral	
03-			
04-			
05-	30733103	VINGO p/ Ressaca	
06-		plu, pntolun	
07-		TX VINGO	
08-			
09-			
10-			
11-			
12-			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
41 - Tipo de Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
<div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;"> [Assinatura] </div>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Solicitação de Autorização de Materiais Especiais

Hospital possui acordo para procedimento padronizado (pacote) para o evento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado encontra-se internado para realização do procedimento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado não está internado mas o procedimento solicitado é decorrente de fratura? ☐ Sim ☐ Não

Solicitante
ALEXANDRE O. QUEIROZ

Data da Solicitação
03/03/2023

Hospital/Clinica
UNIORTE

Código de referenciamento do Hospital/Clinica

Telefone do Hospital/Clinica
() -

Nome do segurado (paciente)
ADRIANO DANIEL DOS SANTOS

Matrícula

Idade

Sexo

☐ M ☐ F

Procedimento(s) cirúrgico(s)

Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)

VIDEO PARA MENISCO

30703065 – 2X

VIDEO PARA RESSECÇÃO P'LICA PATELAR

30733103

Nome do médico cirurgião
ALEXANDRE O. QUEIROZ

CPF

CRM
17905

Telefone do Consultório
(43) 3377 -0900

Celular
() -

Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)

DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO DIREITO. SEM MELHORA COM TARTAMENTO CLINICO.

Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			2 - LAMINA DE SHEVR PARTES MOLES E OSSEA	
2			RADIO FREQUENCIA	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Anexar todos os laudos de exames que justifiquem a indicação cirúrgica.

Assinatura do cirurgião

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

Os campos são de preenchimento obrigatório, a falta de um deles prejudicará a análise

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374