

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

005.00000 551 804 10

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Tingo Lopes Pereira Teixeira

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

remot

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

Ruptura LCA + menisco medial + Condromatose  
Joelho (D)

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-		Ruptura LCA / Reconstrução	1	
02-		Reparo menisco	1	
03-		Condrosplastia	1	
04-		Transposição de mps de 1 tendão	1	
05-		Taxa de vídeo	1	
06-				
07-				
08-				
09-		Torniloco	1	
10-		Proteção de interfaceira observável	1	
11-		Ligam de shaver	1	
12-		Kit suture crossfix	3	

**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 J. M. Piovesana  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PR 30165 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização