

1 - Registro ANS 338648		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 118110601		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____		11 - Cartão Nacional de Saúde ____		
10 - Nome DAFACU KELTER DAHER				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora ____		13 - Nome do Contratado Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905		
14 - Nome do Profissional Solicitante ____		15 - Conselho Profissional ____		
16 - Número no Conselho 17.905		17 - UF ____		
18 - Código CBO ____				
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ ____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado UNIOESTE		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	
26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____			
28 - Indicação Clínica Dor + instabilidade art Joelho Dir				
29 - CID 10 Principal M23.5	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	38 - Qtde Aut
01- _____	30733073	vinco p/ LCA	____	____
02- _____	30733065	vinco p/ menisco	____	____
03- _____	30733030	vinco p/ ligamento cruzado anterior	____	____
04- _____	30731216	transporção + 1 tenão	____	____
05- _____	____	2x vinco	____	____
06- _____	____	Canais sinoviais p/ menisco	____	____
07- _____	____	Canais sinoviais p/ LCA	____	____
08- _____	____	Canais sinoviais p/ menisco	____	____
09- _____	____	Canais sinoviais p/ ligamento cruzado anterior	____	____
10- _____	____	Canais sinoviais p/ ligamento cruzado posterior	____	____
11- _____	____	Canais sinoviais p/ menisco	____	____
12- _____	____	Canais sinoviais p/ LCA	____	____
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		41 - Tipo da Comodação Autorizada ____
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado ____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Hospital de Referência		44 - Código CNES ____
45 - Observação / Justificativa Paciente internado em Bloco Cirúrgico				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____				