

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

999 2075 2956 17010

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

DANIELA PIETANSI FRAGA NETTO

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro

14 - Nome do Profissional Solicitante

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

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

UM ONTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO LCA, Lig. ANTERIO LATERAL,
CORNO POST. MM.

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- []	30433973	LC	[]	[]
02- []	30431216	EXAME	[]	[]
03- []	30426190	LIG. ANTERIO LATERAL	[]	[]
04- []	30431216	EXAME	[]	[]
05- []	30433065	SUTURA MEMBR	[]	[]
06- []		1 TAXA VÍDEO	[]	[]
07- []		1 CAMA SHAVEL	[]	[]
08- []		1 RADIOFREQUÊNCIA	[]	[]
09- []		1 PARAFUSO LATERAL BLO	[]	[]
10- []		1 PUNTA ENDOBOTOM	[]	[]
11- []		1 ANCILO	[]	[]
12- []		1 SUGGEMOT	[]	[]

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

3 KITS SUTURA MEMBR

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

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização