

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

005 000 00 5058 3 118

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Rafael Gomes Barbosa

## 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

Ruptura menisco medial + lateral + Sinal de  
Jodho

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          |  | Reparo meniscal       | 2               |               |
| 02          |  | Suporte - in / prec - | 1               |               |
| 03          |  | Taxa de video         | 1               |               |
| 04          |  |                       |                 |               |
| 05          |  |                       |                 |               |
| 06          |  |                       |                 |               |
| 07          |  |                       |                 |               |
| 08          |  |                       |                 |               |
| 09          |  | Lifting de shaver     | 1               |               |
| 10          |  | Radiofrequência       | 1               |               |
| 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

Guilherme L. M. Pinheiro

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM-PR 50165 / SBC 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização