

1 - Registro ANS

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

ENTORSE DO JOELHO COM LESÃO DO LCA + LAL  
+ LESÃO MENISCAL

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- [ ]	30133073	LESÃO DO LCA.	01	[ ]
02- [ ]	30131216	TRANSPOSIÇÃO DE + DE ITENDAO	02	[ ]
03- [ ]	30126190	LESÃO ANTERO LATERAL (LAL)	01	[ ]
04- [ ]	30733065	REPARO MENISCO	01	[ ]
05- [ ]		TX DE VIDEO		[ ]
06- [ ]				[ ]
07- [ ]				[ ]
08- [ ]		LAMINA DESMAVER	01	[ ]
09- [ ]		PLACA ENDOBOTTON	01	[ ]
10- [ ]		FIO HI-FI DE ALTA RESISTENCIA	01	[ ]
11- [ ]		FIOS AGULHADOS APROPRIADOS	03	[ ]
12- [ ]		MENISCO		[ ]

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. João Paulo F. Guerreiro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 28617

AO CONVENIO HOSPITALAR

PACINETE: ALYSON GOMES

3 MARCAS

1. ARTHROM)
2. JHONSON
3. ARTHREX

\*\*\* PREFERENCIA ARTHROM / PELA DISPONIBILIDADE DE MATERIAL E INSTRUMENTAL ADEQUADO.

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