

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 509 62313

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

CONRADO DE SOUZA OLIVEIRA

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

UNOMTE

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 DO LCA + LCM

JOELHO ESQ.

LESÃO CONTAGEM PATELA

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 -	3073 3073	RECONSTRUÇÃO LCA		
02 -	3073 1215	EXERCIÇO T. <del>QUADRIL</del> QUADRIL		
03 -	3072 6190	RECONSTRUÇÃO LCM		
04 -		EXERCIÇO FLEXORES		
05 -	3073 3049	OSTEOCES. ROTAÇÃO PATELA		
06 -		1 TAXA VIDEO		
07 -	0059 0045	1 LITINA SHAVER		
08 -	00116 700	1 RADIO INTERNA		
09 -	10627 657	1 PLACA ENDOTEN		
10 -	0059 7007	2 PLATO. INTERF B10		
11 -	115027 18	1 SUGGERNO T		
12 -	99999 99 43	1 PRO HI-FI		

## 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

CRM 28.57

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização