

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	
IGOR KRISTUS SOARES		

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 HCL			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

ruptura LCA + laceracao med. Joelho
direto

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)
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-		Reconstrução LCA	1	
02-		Reparo meniscal	1	
03-		Tratamento de tendão	1	
04-		Implante de vídeo	1	
05-				
06-				
07-				
08-				
09-		Endoprotetor	1	
10-		Tratamento de interferência	1	
11-		Linha de shaver	1	
12-				

Dados da Autorização

[illegible]

45 – Observação / Justificativa	

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Guilherme J. M. Pivovarska Ortopedia e Traumatologia	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
------------------------	--	--	---

CRM-PR 30165 / SBOT 14548