

|                                                                                                                      |  |                                                              |  |                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>31.292-4                                                                                         |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                  |  | 6 - Data de Validade da Senha          |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                              |  | 5 - Senha                                                    |  |                                        |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                |  | 8 - Validade da Carteira                                     |  | 9 - Atendimento a RN                   |  |
| 7 - Número da Carteira                                                                                               |  |                                                              |  |                                        |  |
| 10 - Nome<br>Luis Augusto de Oliveira Rinaldi                                                                        |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                |  |                                        |  |
| Dados do Contratado Solicitante                                                                                      |  | 13 - Nome do Contratado                                      |  |                                        |  |
| 12 - Código na Operadora                                                                                             |  |                                                              |  |                                        |  |
| 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                                                           |  | 21 - Data sugerida para internação                           |  |                                        |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ                                                                                      |  | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado                       |  |                                        |  |
| 22 - Caráter do Atendimento                                                                                          |  | 23 - Tipo de Internação                                      |  | 24 - Regime de Internação              |  |
| E                                                                                                                    |  | E                                                            |  | E                                      |  |
| 25 - Qtde. Diárias Solicitadas                                                                                       |  | 26 - Previsão de uso de OPME                                 |  | 27 - Previsão de uso de quimioterápico |  |
| 10                                                                                                                   |  | S                                                            |  | N                                      |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>Paciente com lesão do ligamento cruzado anterior e do canto postero-lateral do joelho dir. |  |                                                              |  |                                        |  |
| 29 - CID 10 Principal                                                                                                |  | 30 - CID 10 (2)                                              |  | 31 - CID 10 (3)                        |  |
| M23.5                                                                                                                |  | M23.8                                                        |  |                                        |  |
| 32 - CID 10 (4)                                                                                                      |  | 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-         | 3073307-3                                        | Video pr ligamento plastia         |                  |                |
| 02-         | 3073619-0                                        | Reconstrução canto postero-lateral |                  |                |
| 03-         |                                                  |                                    |                  |                |
| 04-         |                                                  |                                    |                  |                |
| 05-         |                                                  |                                    |                  |                |
| 06-         | 3073121-6                                        | Refinadas dos enxertos             |                  |                |
| 07-         |                                                  |                                    |                  |                |
| 08-         |                                                  | Material:                          |                  |                |
| 09-         |                                                  | - Sutura                           | 02               |                |
| 10-         |                                                  | - Radiofrequência                  | 01               |                |
| 11-         |                                                  | - parafusos interferência          |                  |                |
| 12-         |                                                  | absorvível                         | 04               |                |

**Dados da Internação**

|                                            |  |                                          |  |                                    |  |
|--------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 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

27/06/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Jonas José Blanco  
Ortopedia/Fisiatria  
CRM/PR 6664

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização