

LILIAN

1 - Registro ANS

343269

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

0005 0000 59875782

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

KEMPE O. MARTIN

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

28617

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

União

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

EMBOLE JOELHO DIR LAI
2 MES. LESÃO DO LCA
PIVOT EXPLOSIVO, LACHMAN
3+

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M235

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-	30733973	RECONSTRUÇÃO DO LCA		
02-	30731119	EMBOLE FLEXORES		
03-	30726130	RECONSTRUÇÃO LCA		
04-	30731224	EMBOLE TENDÃO LIGAMENTO		
05-				
06-		1 TAXA VIDEO		
07-		SHAWAR		
08-		RADIOGRAFIA		
09-		ENDOBOTON		
10-		PRATICO URETA BLO		
11-		ANCIOLA JUGENOT		
12-		1 PRO MTA RESISTENTE		

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

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Liliane de Oliveira Muffa

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização