



1 - Registro ANS

3 5 5 1 5 1 1

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

2 6 7 9 4 7 7

4 - Data da Autorização

2 8 / / 0 2 / / 2 0 2 4

5 - Senha

2 0 2 4 0 7 0 6 9 5

6 - Data de Validade da Senha

0 4 / / 0 4 / / 2 0 2 4

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0 2 5 0 4 6 0 0 1

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

PAULO DOS SANTOS RODRIGUES JUNIOR

11 - Cartão Nacional de Saúde

7 0 0 0 0 5 9 4 3 6 7 4 6 0 2

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

4 1 0 5 8

13 - Nome do Contratado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ

15 - Conselho Profissional

0 6

16 - Número no Conselho

1 7 9 0 5

17 - UF

P R

18 - Código CBO

2 2 5 2 7 0

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

4 1 0 5 8

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

1 0 / / 0 3 / / 2 0 2 4

22 - Caráter do Atendimento

1

23 - Tipo de Internação

2

24 - Regime de Internação

1

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

N

28 - Indicação Clínica

DOR + LIMITAÇÃO PARA ANDAR SEM MELHORA.

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)

9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
1 - 2 2 2	3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo ou sutura de um menisco - procedimento videoartroscópico de joelho	1 1	1 1
2 - 2 2 2	3 0 7 3 3 0 7 3	Reconstrução, retenção ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior # - procedimento	1 1	1 1
3 - 1 1 8	6 0 0 3 4 0 6 8	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD	1 1	1 1
4 - 1 1 9	7 8 2 0 1 1 1 1 0	Ponteiras de Radiofrequência Para Cirurgia	1 1	1 1
5 - 1 1 9	7 8 4 1 1 0 5 9 2	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	1 1	1 1
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

1

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

1 3

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

4 1 0 5 8

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

44 - Código CNES

6 5 2 8 1 0 4

45 - Observação / Justificativa

30733065 - ok, 30733073 - ok, 60034068 - ok, 78201110 - ok, 78410592 - ok

46 - Data da Solicitação

2 8 / / 0 2 / / 2 0 2 4

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização