

*Seu filho*

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

975 900 500 494 311 5

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

*Luana Luana de Paula.*

**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

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*antes do parto  
Ligamento e nervos do dia.  
e osteoartrite.*

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		<i>Isa video.</i>	01	
02	30.73 30.73	<i>Reconstrução de joelho</i>	01	
03	30.73 12.16	<i>Manuseio do joelho</i>	01	
04	30.73 30.65	<i>Reparo do joelho</i>	01	
05	30.73 30.49	<i>Osteoartrite</i>	01	
06		<i>TX joelho</i>		
07				
08	0059 0045	<i>L. Shaper</i>	01	
09	7062 7657	<i>endoprótese</i>	01	
10	0059 7007	<i>parafuso articular Biotiss.</i>	01	
11				
12	788 98676	<i>H. + Sutura Cerebral</i>	03	

**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

*Dr. Roberto G. Gasparelli  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.428 TEOT 15.335*

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização