

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 00000 11074925

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

MARIA CARMEN DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

## 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

UNORTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

U

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

LESÃO MENISCO E LESÃO  
OSTEOCENAL PATELA ESQ

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          | 30433065   | 16mm MENISCO       |                 |               |
| 02          | 30433049   | OSTEOCENAL PLASTIA |                 |               |
| 03          | 30433103   | RELEASE PATELA     |                 |               |
| 04          |  | 1 TAXA VIDEO       |                 |               |
| 05          |  |                    |                 |               |
| 06          |  |                    |                 |               |
| 07          |  | 1 LA NA SHAVOL     |                 |               |
| 08          |  |                    |                 |               |
| 09          |  | 1 RADIOFREQUENCIA  |                 |               |
| 10          |  |                    |                 |               |
| 11          |  |                    |                 |               |
| 12          |  |                    |                 |               |

## 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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

MARIA C. DOS SANTOS