

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

032 00000 77 60 284 6

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Rental 3to Ferren

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

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

Ruptura LCA + lesão medial + lesão lateral +  
Condromat. joelho

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-         |                                                  | Reconstrução LCA               | 1               |               |
| 02-         |                                                  | Reparo meniscal                | 2               |               |
| 03-         |                                                  | Condromat.                     | 1               |               |
| 04-         |                                                  | Transposição de m. de 1 tendão | 1               |               |
| 05-         |                                                  | Taxa de vídeo                  | 1               |               |
| 06-         |                                                  |                                |                 |               |
| 07-         |                                                  |                                |                 |               |
| 08-         |                                                  |                                |                 |               |
| 09-         |                                                  | Torniquete                     | 1               |               |
| 10-         |                                                  | Infusão de interferon absoluto | 1               |               |
| 11-         |                                                  | Lâmpada de shaver              | 1               |               |
| 12-         |                                                  | R.T. sutura lasso fix          | 3               |               |

## 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

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião Joelho  
CRM-PR 30165 / SBO-14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização