

1 - Registro ANS _____		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 _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____				
10 - Nome <i>Alyson Gomes</i>		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 <i>WEC</i>		
		21 - Data sugerida para internação ____/____/____		
22 - Caráter do Atendimento <i>E</i>	23 - Tipo de Internação <i>C</i>	24 - Regime de Internação <i>H</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>	
26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		
28 - Indicação Clínica <i>Entorse do JOELHO c/ LESÃO do LCA + LAL + LESÃO MENISCAL</i>				
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>30733073</i>	<i>LESÃO LCA</i>	<i>01</i>	_____
02- _____	<i>30731216</i>	<i>EM VENTO</i>	<i>02</i>	_____
03- _____	<i>30726190</i>	<i>LESÃO ANTERO LATERAL (LAL)</i>	_____	_____
04- _____	<i>30733065</i>	<i>REPARO MENISCAL</i>	_____	_____
05- _____		<i>TX DEVIDO</i>	_____	_____
06- _____			_____	_____
07- _____		<i>LAMINA DE SHAVER</i>	<i>01</i>	_____
08- _____		<i>* PARAFUSO DE INTERF. TITANIO</i>	<i>01</i>	_____
09- _____		<i>PLACA ENDO BOTTON</i>	<i>01</i>	_____
10- _____		<i>FIO - HI-FI DE ALTA RESISTENCIA</i>	<i>01</i>	_____
11- _____		<i>FIOS AGULHADOS P/ MENISCO</i>	<i>03</i>	_____
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 <i>[Assinatura]</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	