

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

SUSANA KATIA DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

EVANGELIO

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 DO T. QUADRILHARES
e LESÃO MENISCO e
OSTEOCONDAL. ESQ. PROPOSTO
REPARO +
RETORNO
CLINICO

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01		REPARO T. QUADRILHARES		
02		ENXERTO T. FIBULAR LONGO		
03		REPARO MENISCO		
04		OSTEOCONDAL PARTIAL		
05		1 TAXA VIDEO		
06		1 LAMINA SHAWZ		
07		2 ANCOIS MONTADAS		
08		2 FIOS ALTA RESISTENCIA		
09		(M-F)		
10				
11				
12				

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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização