

1 - Registro ANS 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 _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____
		9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Israel Pereira de Araújo		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado Solicitante		
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante Fábio Inaga Maluli de Oliveira		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 Santa Casa de Londrina
		21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento ____	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01		26 - Previsão de uso de OPME S
		27 - Previsão de uso de quimioterápico N

28 - Indicação Clínica
 Trauma em joelho esquerdo. Lachman+
 RNM: rotura completa do LCA e do LCM. Fratura focal da porção posterior do platô tibial lateral com fragmento que mede 22x15mm de diâmetro. Intenso edema/ sinovite.

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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- _____	30733073	Reconstrução do LCA	01	____
02- _____	30733049	Osteocondroplastia	01	____
03- _____	30733014	Sinovectomia	01	____
04- _____	30731216	Transposição de mais de 1 tendão	01	____
05- _____	60024151	Taxa de vídeo	01	____
06- _____	60000805	Diaária enfermagem	01	____
07- _____	100590045	1 lâmina de shaver partes moles	01	____
08- _____	100590045	1 lâmina de shaver óssea	01	____
09- _____	70627657	1 endoprótese	01	____
10- _____	100597007	1 parafuso de interferência lisalmonível	01	____
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 Fábio Inaga Maluli	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---	---	--