

1 - Registro ANS _____		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9-Atendimento a RN ____	
10 - Nome <i>Emily Regina Lessina</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>HEL</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>Ruptura LCA + Menisco medial Joelho D</i>					
29-CID 10 Principal (Opcional) _____		30 - CID 10 (2) (Opcional) _____		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____	
31 - CID 10 (3) (Opcional) _____		32 - CID 10 (4) (Opcional) _____			
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>Reconstrução LCA</i>	<i>1</i>		
02-	<i>30733065</i>	<i>Reparo meniscal</i>	<i>1</i>		
03-	<i>30730216</i>	<i>Transposição de mps de J direito</i>	<i>1</i>		
04-		<i>Taxa de video</i>	<i>1</i>		
05-					
06-					
07-					
08-					
09-		<i>Endoprotetor</i>	<i>1</i>		
10-		<i>Pontuação de interferência</i>	<i>1</i>		
11-		<i>Lâmina de shaver</i>	<i>1</i>		
12-		<i>Kit suture crossfix</i>	<i>3</i>		
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diarias 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>Guilherme J.M. Piovesana</i> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho		48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	
		CRM-PR 30165 / SBOI 14548		49-Assinatura do Responsável pela Autorização _____	