



13/01

1 - Registro ANS

|3|5|5|1|5|1|

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

|2|6|0|3|8|7|9|

4 - Data da Autorização

|2|0|1|1|2|1|2|0|2|3|

5 - Senha

|2|0|2|3|5|3|3|9|6|3|

6 - Data de Validade da Senha

|0|2|1|0|2|1|2|0|2|4|

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

|0|2|2|2|4|8|0|4|6|

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

|N|

10 - Nome

LUIS FERNANDO DA FONSECA

11 - Cartão Nacional de Saúde

|7|0|2|6|0|5|2|7|9|2|0|7|0|4|2|

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

|4|1|0|5|8|

13 - Nome do Contratado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

Roberto Grange Gasparelli

15 - Conselho Profissional

|0|6|

16 - Número no Conselho

|3|2|4|2|8|

17 - UF

|P|R|

18 - Código CBO

|2|2|5|2|7|0|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

|4|1|0|5|8|

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

|0|4|1|0|1|1|2|0|2|4|

22 - Caráter do Atendimento

|1|

23 - Tipo de Internação

|2|

24 - Regime de Internação

|1|

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

|2| | |

26 - Previsão de uso de OPME

|S|

27 - Previsão de uso de quimioterápico

|N|

28 - Indicação Clínica

LESÃO LIGAMENTAR CRUZADO ANTERIOR A MENISCO 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)

|9|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
1 - 2 2	3 0 7 3 3 0 7 3	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior # - procedimento	1	1
2 - 2 2	3 0 7 3 1 2 1 6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	1	1
3 - 2 2	3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo ou sutura de um menisco - procedimento videoartroscópico de joelho	1	1
4 - 2 2	3 0 7 3 3 0 4 9	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia # - procedimento videoartroscópico de joelho	1	1
5 - 1 8	6 0 0 3 4 0 6 8	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1
6 - 1 9	7 6 6 6 2 3 6 5	PLACA ENDobutton	1	1
7 - 1 9	7 8 4 1 2 9 5 1	PONTEIRAS PARA RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	1	1
8 - 1 9	7 2 5 3 6 8 7 0	PARAFUSO ABSORVIVEL DE TCP/PLGA	1	1
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

| | | | | | | |

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

|1| | | |

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

|1|3|

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

|4|1|0|5|8|

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

44 - Código CNES

|6|5|2|8|1|0|4|

45 - Observação / Justificativa

30731216 - Favorável, 30733049 - Favorável, 30733065 - Favorável, 30733073 - Favorável, 60034068 - Favorável, 72536870 - Favorável, 76662365 - Favorável, 78412951 - Favorável

46 - Data da Solicitação

|2|0|1|1|2|1|2|0|2|3|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
