

1 - Registro ANS

3 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

005 000 00 404 88 236

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Leonardo A. L. da Silva Filho

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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caracter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

A

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

04

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Receptura LCA + Condicionamento 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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-___	___	Reconstrução LCA	1	___
02-___	___	Reconstrução LCA com artroscopia	1	___
03-___	___	Transposição de mais de 1 tendão	1	___
04-___	___	Exercício LCA	1	___
05-___	___	Taxa de vídeo	1	___
06-___	___	___	___	___
07-___	___	___	___	___
08-___	___	___	___	___
09-___	___	___	___	___
10-___	___	___	___	___
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

Guilherme J. M. Pires
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 30165 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Leonardo

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
