



1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1	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 021169009	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
10 - Nome Mundo Rodrigues	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante marcus v. daniel	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 UNORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C
24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica tmo osso/condra joelho DR	
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	3273 3049	ortexcondroptis	01	
02		DR video	01	
03				
04		tx de video		
05				
06				
07				
08		pontas shars/p. moq	01	
09		osser	01	
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	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

Dr. Marcus V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734