

*Robo*

1 - Registro ANS <b>31.292-4</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____	
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____			
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN _____			
10 - Nome <i>Roseli Fátima Rosa Monteiro</i>		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado <i>Uniate</i>	
14 - Nome do Profissional Solicitante _____		15 - Conselho Profissional _____	16 - Número no Conselho _____
		17 - UF _____	18 - Código CBO _____
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____	
21 - Data sugerida para internação ____/____/____			
22 - Caráter do Atendimento _____	23 - Tipo de Internação _____	24 - Regime de Internação _____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____
26 - Previsão de uso de OPME _____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____	
28 - Indicação Clínica <i>Leontose (E)</i>			
29 - CID 10 Principal _____		30 - CID 10 (2) _____	31 - CID 10 (3) _____
		32 - CID 10 (4) _____	33 - Indicação de Acidente ( acidente ou doença relacionada) _____
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic
01- _____	<i>30726026</i>	<i>Atropofia total Joelho</i>	<i>1</i>
02- _____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____
07- _____	_____	_____	_____
08- _____	_____	<i>Kit Atropofia total Joelho</i>	<i>1</i>
09- _____	_____	<i>Cinto ortopédico</i>	<i>1</i>
10- _____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____
<b>Dados da Internação</b>			
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 <i>Guilherme J. M. de Vasca</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-PR 14548</i>			
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>SGT 14548</i>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	