



1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Paulo dos Santos Rodrigues Junior		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 025.046.001	13 - Nome do Contratado Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17905
18 - UF PR	19 - Código CBO S 225230	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação E E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01

26 - Indicação Clínica

**Dor + limitações p/ M.D.S /
maluco c/ Jto c/ ombro esquerdo**

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal ____	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____
33 - CID 10 (4) ____		

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- 30733065		Vino p/ membro		
2- 30733073		Vino p/ ombro condroartrite		
3- TX VÍDEO		TX VÍDEO		
4- _____				
5- _____				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _____		Lamio shaver p/ noles			
2- _____		Radiofrequência			
3- _____					
4- _____					
5- _____					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
---	---	--