

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 00 5 000 000 104 9774		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____		10 - Nome Luiz Scaumal Suetto		
11 - Cartão Nacional de Saúde _____				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado União		
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional ____		
16 - Número no Conselho 17905		17 - UF ____		
18 - Código CBO _____				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
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 03	
26 - Previsão de uso de OPME ____		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		
28 - Indicação Clínica Doar + reformulação joelho ser s/ menor a cl da Cirurgia				
29 - CID 10 Principal (Opcional) M17.9		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- _____	30726034	Artroplastia total	____	____
02- _____		Joelho	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		Kit prótese total	____	____
10- _____		Joelho importada	____	____
11- _____			____	____
12- _____			____	____
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		
41 - Tipo da Acomodação Autorizada Zimmer		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 Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		