

FWAR MARE

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

3040 10063.000.000.10

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

ARIVANDO VASCONCELOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

UNIONTE

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

PO PROTESE TOTAL
JOINT com ARTROFIBROSE
e RELEASE PATELA

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- [] [] [] []	3043300	ARTROFIBROSE	[] [] [] []	[] [] [] []
02- [] [] [] []			[] [] [] []	[] [] [] []
03- [] [] [] []	30733103	RELEASE PATELA	[] [] [] []	[] [] [] []
04- [] [] [] []			[] [] [] []	[] [] [] []
05- [] [] [] []			[] [] [] []	[] [] [] []
06- [] [] [] []		1 LAMINASE	[] [] [] []	[] [] [] []
07- [] [] [] []		1 RADIOFREQUENCIA	[] [] [] []	[] [] [] []
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

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização