

1 - Registro ANS 338648		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 80 28 08 00		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____		11 - Cartão Nacional de Saúde ____		
10 - Nome Hercules Jarez Nogueira		11 - Cartão Nacional de Saúde ____		
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
12 - Código na Operadora ____		13 - Nome do Contratado União		
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905		15 - Conselho Profissional ____		
16 - Número no Conselho 17 905		17 - UF ____		
18 - Código CBO ____		18 - Código CBO ____		
<b>Dados do Hospital / Local Solicitante</b>				
19 - Código na Operadora / CNPJ ____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ____		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____		21 - Data sugerida para internação ____/____/____		
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação H	24 - Regime de Internação C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		
28 - Indicação Clínica Dor + Deformidade joelho esquerdo 81 melho ci fto Clôneo				
29 - CID 10 Principal M 17.9	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	38 - Qtde Aut
01- _____	3072 6034	Atividade física total	____	____
02- _____		Joelho esquerdo	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		2x mobilização total	____	____
10- _____		Joelho: imobilização +	____	____
11- _____		cimentos	____	____
12- _____			____	____
<b>Dados da Autorização</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 ____				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____		