



2 - N° | | | | | | | | | |

1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente

Dados do Beneficiário / Paciente		
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira

10 - Nome completo Roberto Carlos

Dados do Contratado Solicitante

Dados do Contratado / Solicitante		
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS J. ROCHA	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Interação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
---------------------------------------	------------------------

22. Caráter da Interação: ☒ 1 - Elativo 2 - Usurpação/Emergência

23. Tipo de interação: ☒ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas
---------------------------	-------------------------------

26 - Indicação Clínica

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença ☒ A - Aguda ☐ C - Crônica

28 - Tempo de Doença ☒ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias

29 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID Principal <i>[Signature]</i>	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
--	--------------	--------------	--------------

Procedimientos Solicitados

Procedimentos Solicitados		37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	
1- 3013 3049	05Econdoplistin	01	
2- 3013 3057	mbrisco	01	
3- _____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____

OPM Solicitados

OPM Solicitados		OPM	OPM	OPM	OPM
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		port shower	01		
2-					
3-					
4-					
5-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CN
---------------------------------------	-----------------------------------	----------------

51 - Observações

Dr. Marcus V. Danielli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CE-MFB 18.734

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
____/____/____	____/____/____	____/____/____