



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 004567032	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira _/_/___/___
--	------------------------------	---

10 - Nome Leonilda macieiras Berra	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/___/___
--	--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _/_/___/___	13 - Nome do Contratado _/_/___/___	14 - Código CNES _/_/___/___
15 - Nome do Profissional Solicitante Cesar Eduardo C. F. Martins Ortopedia e Traumatologia	16 - Conselho Profissional _/_/___/___	17 - Número no Conselho _/_/___/___
18 - UF _/_/___/___	19 - Código CBO S _/_/___/___	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ _/_/___/___	21 - Nome do Prestador _/_/___/___
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _/_/___/___
--	---

26 - Indicação Clínica Plano Valgo (E) com Halux Valgo e outros

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 <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M25	31 - CID 10 (2) S934	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-	30720220	TTO de Ad Plano	_/_	_/_
2-	30721181	TTO de Halux Valgo	_/_	_/_
3-	30731224	Transfere de tendão	_/_	_/_
4-			_/_	_/_
5-			_/_	_/_

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		Ortopedia de Artroscopia	01		
2-		Ortopedia de Meniscos	01		
3-		Ortopedia comulada 3/5	03		
4-		Ortopedia comulada 6.0	02		
5-		Ortopedia 1/2	01		

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

51 - Observação _/_/___/___		
--------------------------------	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Cesar Eduardo C. F. Martins Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 22343	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/___/___	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/___/___
---	--	---