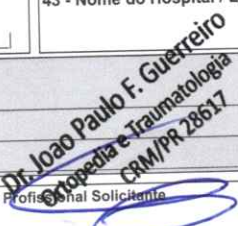


1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
Dados do Beneficiário		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
7 - Número da Carteira _____		9 - Atendimento a RN ____		
10 - Nome EMERSON CARLOS TRINETTA		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado _____		
12 - Código na Operadora _____				
14 - Nome do Profissional Solicitante _____		15 - Conselho Profissional ____	16 - Número no Conselho _____	
		17 - UF ____	18 - Código CB _____	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIONTE		
21 - Data sugerida para internar ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento 6	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação A	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
		26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterapia ____	
28 - Indicação Clínica LESÃO OSTEOCCLAR, MENISCO E LCA D/INTO				
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- _____	30733073	LCA	____	____
02- _____	30731216	EXAME TENDÃO	____	____
03- _____	30733085	PLANO MENISCO	____	____
04- _____	30733049	OSTEO CONDROMATOSA	____	____
05- _____		1 TAXA VIDEO	____	____
06- _____		1 LAMA S/HAVER	____	____
07- _____		1 RADIOFREQUENCIA	____	____
08- _____		1 PLACAS INTERF. BIO	____	____
09- _____		1 PLACA ENDOTON	____	____
10- _____		medico	____	____
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 		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
		49 - Assinatura do Responsável pela _____		

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617