

|  |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
|--|--|--|--|---------------------------|--|---|---------------------------------|------------------------------------|----------------------|--|
| 1- Registro ANS<br><b>338648</b>   |  | 3- Data da Autorização<br>/  /   |  | 4- Senha<br>              |  | 5- Data Validade da Senha<br>/  /                             |                                 | 6- Data de Emissão da Guia<br>/  / |                      |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 7- Número da Carteira<br><b>46 35 07 01</b>  |  |  |  |                           | 8- Plano<br><b>SANESAÚDE</b>   |   | 9- Validade da Carteira<br>/  / |                                    |                      |  |
| 10- Nome<br><b>MARIA FELICIA DA SILVA</b>  |  |  |  |                           | 11- Número do Cartão Nacional de Saúde<br>   |   |                                 |                                    |                      |  |
| <b>Dados do Contratado Solicitante</b>   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 12- Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>   |  |  | 13- Nome do Contratado<br>   |                           |  | 14- Código CNES<br>   |                                 |                                    |                      |  |
| 15- Nome do Profissional Solicitante<br>   |  |  | 16- Conselho Profissional<br>  |                           | 17- Número no Conselho<br>   |   | 18- UF<br>                      |                                    | 19- Código CBO S<br> |  |
| <b>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</b>  |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 20- Código na Operadora / CNPJ<br>   |  |  | 21- Nome do Prestador<br>  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 22- Caráter da Internação<br><input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência                                    |  | 23- Tipo de Internação<br><input checked="" 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar |  | 25- Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>01</b>   |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 26- Indicação Clínica<br><b>LESÃO MENISCO E CARTILAGEM DO JOELHO ESQUERDO</b>  |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| <b>Hipóteses Diagnósticas</b>  |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 27- Tipo Doença<br><input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica   |  | 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente<br>-  A - Anos M - Meses D - Dias   |  |                           | 29- Indicação de Acidente<br><input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros |   |                                 |                                    |                      |  |
| 30- CID 10 Principal<br>   |  | 31- CID 10 (2)<br>   |  | 32- CID 10 (3)<br>        |  | 33- CID 10 (4)<br>  |                                 |                                    |                      |  |
| <b>Procedimentos Solicitados</b>   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 34- Tabela   |  | 35- Código do Procedimento   |  | 36- Descrição             |  |   | 37- Qtde. Solic.                |                                    | 38- Qtde: Aut.       |  |
| 1-   |  | <b>30.53.30.65</b>   |  | <b>1. LARNO MENISCO</b>   |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 2-   |  | <b>30.53.30.49</b>   |  | <b>OSTEOCAUSO PUNTA</b>   |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 3-   |  |  |  | <b>ITAXA VIDEO</b>        |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 4-   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 5-   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| <b>OPM Solicitados</b>   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 39- Tabela   |  | 40- Código do OPM  |  | 41- Descrição OPM         |  | 42- Qtde. 43- Fabricante                                      |                                 | 44- Valor Unitário R\$             |                      |  |
| 1-   |  |  |  | <b>1. LARNO SHAWER</b>    |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 2-   |  |  |  | <b>1. RADIOFREQUENCIA</b> |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 3-   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 4-   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 5-   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| <b>Dados da Autorização</b>  |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 45- Data Provável da Admissão Hospitalar<br>/  /   |  |  | 46- Qtde. Diárias Autorizadas<br>  |                           |  | 47- Tipo de Acomodação Autorizada<br>                         |                                 |                                    |                      |  |
| 48- Código na Operadora / CNPJ<br>   |  |  | 49- Nome do Prestador Autorizado<br>   |                           |  |   |                                 | 50- Código CNES<br>                |                      |  |
| 51- Observação<br>   |  |  |  |                           |  |   |                                 |                                    |                      |  |
| 52- Data e Assinatura do Médico Solicitante<br><b>18/03/2016</b><br><b>Dr. João Paulo F. Guerreiro</b><br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM/PR 28617              |  |  | 53- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>/  /<br><b>Marcelo</b> |                           |  | 54- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização<br>/  / |                                 |                                    |                      |  |