

1 - Registro ANS _____	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira _____	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome <i>Antonio Henrique de Oliveira</i>		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
-----------------------------------	----------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Marcus V. Daniel</i>	15 - Conselho Profissional _____	16 - Número no Conselho _____	17 - UF ____	18 - Código CBO _____
--	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------	--------------------------

Dados do Hospital Local Solicitante / Dados de Informação

19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital/Local Solicitante <i>MEL</i>	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento <i>E</i>	23 - Tipo de Internação <i>C</i>	24 - Regime de Internação <i>H</i>
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica <i>Uterus 14x11cm + condut pell ER</i>
--

29 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____

Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30.13.30.13	Alcunhação Ks	01	____
02	30.13.12.16	Tumor folicular Paroia	01	____
03	30.13.30.52	manuseio de	01	____
04	30.13.30.30	Condoplastia	01	____
05		de de vna	01	____
06			____	____
07		plks e de bnta	01	____
08			____	____
09		plugs interj	01	____
10			____	____
11		pont shvse	01	____
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 <i>Dr. Marcus V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734</i>

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____
--	--	--	---