



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 052279009	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____		
10 - Nome Mauro Pinto Nunes Filho		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 ____		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 checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação 2 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 04		
26 - Indicação Clínica Quebra de mão go - fratura Joelho @ - fechada + ruptura tendão patela				
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 ____	31 - CID 10 (2) ____	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-____	____	Reparo do tendão extensor	1	____
2-____	____	Artroscopia	1	____
3-____	____	____	____	____
4-____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____
OPM Solicitados				
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
1-____	____	Alça para fixação de alta resistência	2	____
2-____	____	____	____	____
3-____	____	____	____	____
4-____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____
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 ____				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Guilherme J. M. Provesana Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM-PR 30165 / SBOT 14548		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____