

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____	
Dados do Beneficiário		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
7 - Número da Carteira <b>005 00000 31 51 469 6</b>		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN ____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
10 - Nome <b>NELSA C. SOUZA</b>			
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 CBO _____	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>H. UNIÃO</b>	
21 - Data sugerida para internação ____/____/____			
22 - Caráter do Atendimento <b>A</b>		23 - Tipo de Internação <b>C</b>	
24 - Regime de Internação <b>H</b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>03</b>	
26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	
28 - Indicação Clínica <b>ARTROSE JOELHO ESQUERDO C/ VALGO.</b>			
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
01- _____		<b>PROTESE TOTAL</b>	____
02- _____		<b>JOELHO</b>	____
03- _____		<b>1 KIT PROTESE</b>	____
04- _____		<b>TOTAL JOELHO</b>	____
05- _____		<b>PERSONA - PACIENTE</b>	____
06- _____		<b>MUITO</b>	____
07- _____		<b>PEQUENA</b>	____
08- _____		<b>3 PARCELA UNO</b>	____
09- _____		<b>OPORTECO</b>	____
10- _____		<b>CHUÇA 34</b>	____
11- _____			____
12- _____			____
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	
41 - Tipo de 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 <b>Dr. Paulo F. Guerreiro</b> Ortopedia e Traumatologia CRM 28.617	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>Yfense Castro de Souza</b>		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	