



1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1		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 023510008		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome PEDRO RIBEIRO DEUS JUN		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
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 UNIONTE	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica AMPOSE GRAVE JOelhos CI DOR INTOLERÁVEL JOELHO DIREITO			
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		PROTESE TOTAL	
02		JOELHO D	
03			
04			
05			
06		1 KS PROTESE	
07		TOTAL PERSONAL	
08			
09			
10		2 PAROSES C/ UNO IMPORTADO	
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 Dr. João F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 28.617		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			