

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9	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 005 000 00 137 62 993	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	
50 - Nome Social MARIA MARIA TEIXEIRA FALCÃO	
10 - Nome _____	

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 LESÃO COMPLEXA COM ARTRITOSE GRAVE COM ARTRITISMO MEDIAL 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		36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	PROTESE JOELHO	____	____
01 -		↓ KIT PROTESE	____	____
02 -		UNCOMPARTIMENTA	____	____
03 -		JOELHO JOELHO	____	____
04 -		JOELHO JOELHO	____	____
05 -		JOELHO JOELHO	____	____
06 -		JOELHO JOELHO	____	____
07 -		JOELHO JOELHO	____	____
08 -		JOELHO JOELHO	____	____
09 -		JOELHO JOELHO	____	____
10 -		JOELHO JOELHO	____	____
11 -		JOELHO JOELHO	____	____
12 -		JOELHO JOELHO	____	____

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 Dr. Joao Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617	
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante _____ Dr. Joao Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____