

1 - Registro ANS 338648		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 54 04 04 00		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
10 - Nome Jose Romano				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado Unioeste		
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional ____		
16 - Número no Conselho 17 905		17 - UF ____		
18 - Código CBO _____				
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento ____	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____	
26 - Previsão de uso de OPME ____		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		
28 - Indicação Clínica Dor + Reforço medicação Gengivite s/ melhora cl. to clínica				
29 - CID 10 Principal M17.9	30 - CID 10 (2) _____	31 - CID 10 (3) _____	32 - CID 10 (4) _____	
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- _____	30726034	Atendimento total	____	____
02- _____		José Gsx	____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____			____	____
10- _____			____	____
11- _____			____	____
12- _____			____	____
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		41 - Tipo da Acomodação Autorizada Zimmer
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. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____