

1 - Registro ANS <b>31.292-4</b>	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira <b>010 83 88 7420002 29</b>		8 - Plano <b>Saúde CAIXA</b>	9 - Validade da Carteira ____/____/____	
10 - Nome <b>Romeu William Dorne</b>			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 <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905		
16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		17 - Número no Conselho <b>17905</b>		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 type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____		
26 - Indicação Clínica <b>Dor + limitação de ADM e melhora com fisio</b>				
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 <b>M23.2</b>	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela <b>3073 3065</b>	35 - Código do Procedimento <b>3073 3049</b>		36 - Descrição <b>VIDEO pl menisco VIDEO pl osteocondrilo TX VIDEO</b>	
37 - Qtde. Solicit		38 - Qtde. Aut		
OPM Solicitados				
39 - Tabela ____	40 - Código do OPM ____	41 - Descrição OPM <b>Canais para pl menisco</b>	42 - Qtde. ____	43 - Fabricante ____
44 - Valor Unitário R\$ ____		45 - Valor Total R\$ ____		
Dados da Autorização				
46 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____		48 - Qtde. Diárias Autorizadas ____
49 - Código na Operadora / CNPJ ____		50 - Nome do Prestador autorizado ____		
51 - Código CNES ____				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905				
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>Romeu William Dorne</b>		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____		