

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente	
7 - Número da Carteira	8 - Plano
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome completo <i>Juliano Mendes</i>	
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	16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho	18 - UF
19 - Código CBO S	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
--	--

24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
--	--------------------------------

26 - Indicação Clínica <i>Fratura de Tongela com dor / limitação de movimento Sintetização + RNS.</i>	
--	--

Hipótese Diagnóstica	
27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias
29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	

30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
--------------------	--------------	--------------	--------------

Procedimentos Solicitados			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36	Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1- <i>30734023</i>	<i>Sinectomia 18</i>		
2- <i>30710070</i>	<i>Retirada de pontos 28</i>		
3-			
4-			
5-			

OPM Solicitados			
39 - Tabela 40 - Código do OPM 41 - Descrição OPM	42 - Qtde. 43 - Fabricante	44 - Valor unitário	
1- <i>Shaver</i>			
2- <i>- chapelet metálico</i>			
3-			
4-			
5-			

Dados da Autorização	
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas
47 - Tipo de acomodação autorizada	
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado
50 - Código CNES	

51 - Observações		
------------------	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

DR. RAFAEL BELETTO  
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM 123456 - RQE 123456