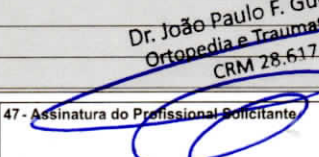


1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 	
4 - Data da Autorização 		5 - Senha 	
6 - Data de Validade da Senha 			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 		8 - Validade da Carteira 	
9 - Atendimento a RN 		10 - Nome WALDIRIO AD. VIEIRA	
11 - Cartão Nacional de Saúde 		12 - Código na Operadora 	
13 - Nome do Contratado Dr. Joao Paulo F. Guerreiro		14 - Nome do Profissional Dr. Joao Paulo F. Guerreiro	
15 - Conselho Profissional 		16 - Especialidade Ortopedia e Traumatologia	
17 - UF 		18 - Código CBO CRM/PR 28617	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ 		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNICORTE	
21 - Data sugerida para internação 		22 - Caráter do Atendimento G	
23 - Tipo de Internação C		24 - Regime de Internação H	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03		26 - Previsão de uso de OPME S	
27 - Previsão de uso de quimioterápico 		28 - Indicação Clínica ARTROSE JOELHO DIR CI DOR INTENSIVA	
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
01-		PROTESE JOELHO	
02-			
03-			
04-			
05-		1 KIT PROTESE	
06-		JOELHO JOELHO	
07-			
08-		2 PACOTES UMENTO	
09-		ORTOPEDICO	
10-			
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 Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 28.617			
46 - Data da Solicitação 		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	