

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 93450001		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN <input type="checkbox"/>		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
10 - Nome Maria Fatima de machi Nunes				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado Unorte		
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM 17325</i>		15 - Conselho Profissional _____		
16 - Número no Conselho 17905		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 <input type="checkbox"/>		23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/>		
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03		
26 - Previsão de uso de OPME <input type="checkbox"/>		27 - Previsão de uso de quimioterápico <input type="checkbox"/>		
28 - Indicação Clínica Dor + Incapacidade funcional e deformidade joelho direito				
29 - CID 10 Principal M179		30 - CID 10 (2) _____		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	3072.60.34	frangimento total	_____	_____
02- _____		joelho DR	_____	_____
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 X3
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Stryker		44 - Código CNES _____
45 - Observação / Justificativa _____				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia</i>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Maria Fatima de machi Nunes
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____				