

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 0005 000 00 5409.2224		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
10 - Nome João Carmo da Silva			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Ricardo C. F. Martins CRM-PR 22.543 TEOT 8545 ORTOPEDIA</i>		15 - Conselho Profissional _____	
16 - Número no Conselho _____		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 e deformidade do lêi lia (E) c/ goma e metatarso 2/3			
29 - CID 10 Principal (Opcional) M205	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- _____	307 29 18 1	Tto de Halsa Unipo	01
02- _____	307 29 20 3	Ortose metatars	01
03- _____	307 3 12 16	Transpore de Tendas	01
04- _____			
05- _____			
06- _____		Broca Stramon	01
07- _____		Crápulo Chanzada	02
08- _____			
09- _____			
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 _____ _____ _____			
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Ricardo C. F. Martins CRM-PR 22.543 TEOT 8545 ORTOPEDIA</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>João Carmo da Silva</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____