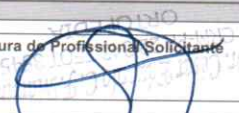
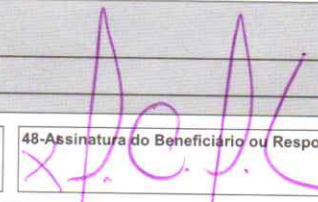


1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 		
4 - Data da Autorização 		5 - Senha 		
6 - Data de Validade da Senha 				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 0097 000 00 107 + 7827		8 - Validade da Carteira 		
9 - Atendimento a RN 				
50 - Nome Social Marcos celso morais correa				
10 - Nome 				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado 		
14 - Nome do Profissional Solicitante 		15 - Conselho Profissional 		
16 - Número no Conselho CRM 22343		17 - UF 		
18 - Código CBO 				
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ 		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Univert		
21 - Data sugerida para internação 				
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação 	24 - Regime de Internação 	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME 		27 - Previsão de uso de quimioterápico 		
28 - Indicação Clínica Paciente com artrose de Tornozelo com desgaste lateral e Tornozelo Largo com Neandride de Protes Construído -				
29 - CID 10 (Principal) (Opcional) M19	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	38 - Qtde Aut
01- 3072	8053	artrose/Protes Tornozelo Construído	01	
02- 3072	8053	Protes infimitez	01	
03- 3072	8053	ancora fast lock	02	
04- 3072	8053			
05- 3072	8053			
06- 3072	8053			
07- 3072	8053			
08- 3072	8053			
09- 3072	8053			
10- 3072	8053			
11- 3072	8053			
12- 3072	8053			
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 		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 		