

08/02

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
------------------	-------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira
------------------------	--------------------------

9 - Nome

10 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado
--	-------------------------

13 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF	17 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica	20 - Data sugerida p/ internação
---	-------------------------------	----------------------------------

21 - Caráter da Internação	22 - Tipo de Internação
----------------------------	-------------------------

23 - Regime de Internação	24 - Qtde. Diárias Solicitadas
---------------------------	--------------------------------

25 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE

Hipóteses Diagnósticas

26 - Tipo Doença	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	28 - Indicação de Acidente
------------------	---	----------------------------

Procedimentos Solicitados

33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtde. Solic	37 - Qtde. Aut
-------------	-----------------------------	----------------	------------------	----------------

Dados da Autorização

38 - Data Prevista da Admissão Hospitalar	39 - Qtde. Diárias Autorizadas	40 - Tipo da Acomodação Autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

41 - Código / Registro do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada	43 - Código CNES
---	---	------------------

44 - Observação

45 - Assinatura do Médico Solicitante	46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	47 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------------------------	--	---

DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia do Quadril
CRM-PR 31666