

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha _____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
---	---	--------------------	--	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira _____	8 - Plano _____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome MARLI SILVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____	13 - Nome do Contratado _____	14 - Código CNES _____
15 - Nome do Profissional Solicitante _____	16 - Conselho Profissional _____	17 - Número no Conselho _____
		18 - UF _____
		19 - Código CBO S _____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ _____	21 - Nome do Prestador HEL
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1- Clínica 2- Cirúrgica 3- Obstétrica 4- Pediátrica 5- Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar 2- Hospital-dia 3- Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____
26 - Indicação Clínica LESÃO TENDÃO PATELAR POR AVULSÃO PORO DISTAL PATELA	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal _____	31 - CID 10 (2) _____	32 - CID 10 (3) _____
33 - CID 10 (4) _____		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1- _____	30426190	LEPATO UGAMENTO	_____	_____
2- _____		PATELAR	_____	_____
3- _____			_____	_____
4- _____			_____	_____
5- _____			_____	_____

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _____		2 ANCORAS SUGGERNOI	_____		_____
2- _____		2 FIOS AULA RESISTENCIA	_____		_____
3- _____			_____		_____
4- _____			_____		_____
5- _____			_____		_____

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas _____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada _____
48 - Código na Operadora / CNPJ _____	49 - Nome do Prestador autorizado _____	50 - Código CNES _____
51 - Observação _____ _____ _____		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização