

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

0050000001693711

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Isaura Miglioini Rodrigues

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Mater Dei

14 - Nome do Profissional Solicitante

Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia

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

Mater Dei

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Artrite séptica + osteomielite pós PTJ. joelho esquerdo

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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- _____	30726018	limpeza - Artrite séptica	01	___
02- _____	30710049	Retirada de prótese - (colocar espaçador)	01	___
03- _____	_____	_____	___	___
04- _____	_____	_____	___	___
05- _____	_____	material:	___	___
06- _____	_____	espaçador articulado	01	___
07- _____	_____	Curativo especial - Vac	01	___
08- _____	_____	Gimento com antibiótico	03	___
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
