



1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1		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 051126 005		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Mário Luis Oliveira		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado União	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia		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 01	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Dor + limitação funcional p/ano 5/ melhor c/ fis. terapia			
29 - CID 10 Principal (Opcional) M23.2		30 - CID 10 (2) (Opcional)	
31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)	
33 - Indicação de Acidente ou Evento (se aplicável)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01	3073.3065	VINGO p/ manuseio	
02			
03			
04	3073.3049	VINGO p/ osteo condylar	
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
38 - Qtde Aut			
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 Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 1595		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			