



1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 800 965 034	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Quelaine de Fatima Calil		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado Uniorle	14 - Código CNES ____		
15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17905	18 - UF ____	19 - Código CBO S ____

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="radio"/> U - Eletiva <input type="radio"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____

26 - Indicação Clínica DOR + incapacidade funcional ap. colônica (Reumat. pat. + Lesão menisc.)

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal M23.2	31 - CID 10 (2) M23.9	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-____	3073 3065	VING. PL. MANSO	____	____
2-____	____	TX VING.	____	____
3-____	3073 1089	TORODESE T. JOELHO	____	____
4-____	3073 1216	TRANSPOSIÇÃO 1 TORCÃO	____	____
5-____	____	____	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-____	____	Lenço Sharp 1m x 1m	____	____	____
2-____	____	Radio no fio 1m	____	____	____
3-____	____	2 mcof. montados	____	____	____
4-____	____	1 punção BIOBREVILOR	____	____	____
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. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ ____