

2 - Nº Guia no Prestador

9053 8587

| | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | |
| 3 4 3 2 6 9 | | |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha |
| | | |

Dados do Beneficiário

| | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| 7 - Número da Carteira EDNA ZAMBERLAN SINSIC | | 8 - Validade da Carteira ____/____/____ | 9 - Atendimento a RN ____ |
| 10 - Nome _____ | | 11 - Cartão Nacional de Saúde _____ | |

Dados do Contratado Solicitante

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| 12 - Código na Operadora <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> | | 13 - Nome do Contratado <div>Dr Rafael Leite de Pinho Tavares</div> | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante <div>Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538</div> | | 15 - Conselho Profissional <div> <div></div> <div></div> </div> | 16 - Número no Conselho <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> | 17 - UF <div> <div></div> <div></div> </div> | 18 - Código CBO <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |

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 - Caracter do Atendimento | 23 - Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de OPME | 27 - Previsão de uso de quimioterápicos | |
| | | | | | | |

28 - Indicação Clínica

C

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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) |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

[illegible]

Dados da Autorização

| | | |
|---|--|--|
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____ | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____ | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____ |
| <p>PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA</p> | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado ____ | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ____ | 44 - Código CNES ____ |

45 - Observação / Justificativa

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

| | | | |
|---|---|---|---|
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
| <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |