


1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____			
Dados do Beneficiário				9 - Atendimento a RN ____	
7 - Número da Carteira <b>0 1 4 7 000 000 206306 8</b>				8 - Validade da Carteira ____/____/____	
10 - Nome <b>Felipe Helder Pasquin</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado <b>União</b>			
12 - Código na Operadora _____		14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional ____	
		16 - Número no Conselho <b>17 905</b>		17 - UF ____	
				18 - Código CBO ____	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
19 - Código na Operadora / CNPJ _____				20 - Nome do Hospital / Local Solicitado _____	
22 - Caráter do Atendimento ____		23 - Tipo de Internação ____		24 - Regime de Internação ____	
		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>		26 - Previsão de uso de OPME ____	
				27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	
28 - Indicação Clínica  <b>por - tratamento p/ AID 51 melhor e da clínica</b>					
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M23.2</b>		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				37 - Qtde Solic _____	
				38 - Qtde Aut _____	
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição			
01- _____	<b>30.73.306.5</b>	<b>Vino p/ morsa</b>		_____	
02- _____	<b>30.73.304.9</b>	<b>Vino p/ osteocadex</b>		_____	
03- _____		<b>fx vino</b>		_____	
04- _____				_____	
05- _____				_____	
06- _____				_____	
07- _____				_____	
08- _____		<b>Lampo s/tra p/ morsa</b>		_____	
09- _____		<b>Roduo fixo p/ morsa</b>		_____	
10- _____				_____	
11- _____				_____	
12- _____				_____	
Dados da Autorização				41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____			
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 <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> CRM/PR 17905		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	