

1 - Registro ANS 338648		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 172 49 0800		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN ____		10 - Nome Claudio Aparecido Borges	
11 - Cartão Nacional de Saúde _____		12 - Código na Operadora _____	
13 - Nome do Contratado _____		14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM: 17925</i>	
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 ____		26 - Previsão de uso de OPME ____	
27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		28 - Indicação Clínica Dr + Limitação pl AD S/ melhora cl do Clímax	
29 - CID 10 Principal M23.3		30 - CID 10 (2) M23.9	
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____	
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
01- _____	3073 3065	VINGO pl maxilar	____
02- _____	3073 3049	VINGO pl osteocondroglite	____
03- _____		TX VINGO	____
04- _____		Laminectomia pl maxilar	____
05- _____		Radiografia panorâmica	____
06- _____			____
07- _____			____
08- _____			____
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 Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Claudio Borges		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	