

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

**Dados do Beneficiário / Paciente**

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
------------------------	-----------	--------------------------

10 - Nome completo JEAN CARLO LUTTE VITORINO

### Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado <b>DA SILVA</b>	14 - Código CNES
---------------------------------------	---	------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
	HEC

<p>22 - Caráter da Internação</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva    <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência</p>	<p>23 - Tipo de internação</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica    2 - Cirúrgica    3 - Obstétrica    4 - Pediátrica    5 - Psiquiátrica</p>
--	--

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	01

26 - Indicação Clínica

LESÃO DO ENTESEDO LIG. MESCO  
e CONTUSÃO

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doença	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos    M - Meses    D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho    1 - Trânsito    2 - Outros

30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
--------------------	--------------	--------------	--------------

### Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1-	30433073	RE CONSTRUÇÃO LULA RUISE		
2-	30431716	EXEMPLO P/BULAL LONGO		
3-	30726130	REPERCO ANTEROLATERAL		
4-	30731216	EXEMPLO P/BULAL LONGO		
5-				

OPM Solicitados	39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
70733200		30133049	1 SPEDCULOS NORMAIS			
			1 TAXA VIDEO			
			1 SHANEL / 1 WINTERFLEX / 1 E-SBOTON			
			1 ANELAS NORMAIS / 1 HI-FIL / 3 KITS SUTURA			

### Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNE
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

51 - Observações

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante \_\_\_\_\_ 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização \_\_\_\_\_

Dr. João Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 28.617