

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	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
LEONAL D. RAMOS	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
	Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz	

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905	Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia			

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
	UNION E ORTOPEdia ESPECIALIZADA

22 - Caráter da Internação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Dias Solicitadas
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 03 </div>

26 - Indicação Clínica

Dor + Deformidade + Ingestão
 Alimentar Diminuída

Hipótesis Diagnósticas

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

30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- <input type="text"/>	30726034	Atendimento telefônico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>		Jacinto 68x	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		Concreto armado			
2-		Concreto armado			
3-		Concreto armado			
4-		Concreto armado			
5-		Concreto armado			

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador autorizado	50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--