

*Guia
feita e entregue.*

1 - Registro ANS
343269

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento de RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número do 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

Joelhos e Quadril.

*Rotacao horizontal degenerativa no
corpo e coxenos posteriores e anteriores
do membro lateral com dor
proteção e fêmor rodí hial lateral grau II*

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	307330015	Rep. de um membro	01	111
2- <input type="checkbox"/>	307330015	Osteocondroplastia	01	111
3- <input type="checkbox"/>	307330014	Sinovectomia	01	111
4- <input type="checkbox"/>		Tip de video	01	111
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Exame de rotore	01	111
7- <input type="checkbox"/>		Exame de quadril	01	111
8- <input type="checkbox"/>		Exame de joelho	01	111
9- <input type="checkbox"/>		Exame de video	01	111
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar

40 - Qtde Diárias Autorizadas

41 - Tipo de Acomodação autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

*Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921*

material ortopédico

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização