

Registro ANS 338648		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 SANESAÚDE		9- Validade da Carteira ____/____/____	
10- Nome Paulo Donizete Fontes que						11- Número do Cartão Nacional de Saúde ____	

Dados do Contratado Solicitante

12- Código na Operadora / CNPJ / CPF ____		13- Nome do Contratado ____		14- Código CNES ____	
15- Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		16- Conselho Profissional CRM		17- Número no Conselho 17905	
		18- UF PR		19- Código CBO S ____	

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação

20- Código na Operadora / CNPJ ____		21- Nome do Prestador União	
22- Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23- Tipo de Internação 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
24- Regime de Internação 1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		25- Qtde. Diárias Solicitadas 02	
26- Indicação Clínica Rotura tendão quadriceps direito Pós Trauma.			

Hipóteses Diagnósticas

27- Tipo de Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A - Anos M - Meses D - Dias		29- Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30- CID 10 Principal S76.1		31- CID 10 (2) ____		32- CID 10 (3) ____	
		33- CID 10 (4) ____			

Procedimentos Solicitados

34- Tabela		35- Código do Procedimento		36- Descrição		37- Qtde. Solic. 38- Qtde. Aut.	
1- ____		30731119		Trat. cirurgico tendão quadriceps		____	
2- ____		30731216		Transporicção + 1 Tendão		____	
3- ____						____	
4- ____						____	
5- ____						____	

OPM Solicitados

39- Tabela		40- Código do OPM		41- Descrição OPM		42- Qtde. 43- Fabricante		44- Valor Unitário R\$	
1- ____				02 Amarras montadas				____	
2- ____				03 Fios de Alta Resistência				____	
3- ____				para Sutura Hi-Fi				____	
4- ____								____	
5- ____								____	

Dados da Autorização

45- Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		46- Qtde. Diárias Autorizadas ____		47- Tipo de Acomodação Autorizada ____	
48- Código na Operadora / CNPJ ____		49- Nome do Prestador Autorizado ____		50- Código CNES ____	
51- Observação ____ ____ ____					

Dados da Autorização (Assinaturas)

52- Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		53- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____		54- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____	
--	--	--	--	---	--