

FERREIRA

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira	6 - Data de Emissão da Guia
10 - Nome completo <i>MARIE JATSUDA</i>		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 <i>M</i>
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	18 - UF
19 - Código CBO S			

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador		
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>		
26 - Indicação Clínica <i>PO PTS a DIR d'ARTROSE e restrição p/ flexão e rotação da</i>			

Hipótese Diagnóstica

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

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1- <i>30x33090</i>		<i>LABORATÓRIO ARTROSCÓPIA</i>		
2- <i>30x3303</i>		<i>RECONSTRUÇÃO</i>		
3- <i>30x3303</i>				
4- <i>30x3303</i>				
5- <i>30x3303</i>				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- <i>30x3303</i>		<i>1 LAMPA SHA VER</i>			
2- <i>30x3303</i>		<i>1 RADIOFREQUÊNCIA</i>			
3- <i>30x3303</i>					
4- <i>30x3303</i>					
5- <i>30x3303</i>					

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 CNES
51 - Observações			
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <i>Dr. João Paulo F. Guerreiro</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/PR 28617</i>		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			