

AGENTE

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 a RN ____	
50 - Nome Social <i>Alto Spink Goto</i>	
10 - Nome _____	

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Marcus V. Danielli</i>	15 - Conselho Profissional _____
16 - Número no 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 <i>Unimed</i>
21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento <i>U</i>	23 - Tipo de Internação <i>A</i>
24 - Regime de Internação <i>C</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>
26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica <i>Lesão nrisca/condril fech nrisca (1/9)</i>

29 - CID 10 Principal (Opcional) <i>S73</i>	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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01 -	<i>30.83.30.57</i>	<i>Intubação nrisca</i>	<i>01</i>	____
02 -	<i>30.83.30.30</i>	<i>Condiloplastia</i>	<i>01</i>	____
03 -	_____	<i>tx de vidro</i>	<i>01</i>	____
04 -	_____	_____	____	____
05 -	_____	_____	____	____
06 -	_____	<i>par. shower</i>	<i>01</i>	____
07 -	_____	_____	____	____
08 -	_____	_____	____	____
09 -	_____	_____	____	____
10 -	_____	_____	____	____
11 -	_____	_____	____	____
12 -	_____	_____	____	____

Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____
41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____
44 - Código CNES _____	

45 - Observação / Justificativa <i>Dr. Marcus V. Danielli Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734</i>	
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____