

2- Nº **500162510**

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Senha ____/____/____
---	---	-------------------	--	--

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Fernando Rodrigues S. Silva		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado ____	14 - Código CN ____
15 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Daniel	16 - Conselho Profissional ____	17 - Número no Conselho ____
18 - UF ____		19 - Código CB ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caracter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3- Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 07
26 - Indicação Clínica lesão mtr. sul. pol. da	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 10D	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 10 Principal S3B	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. Autorizada
1- <input type="checkbox"/>	3033065	reparo mtr. sul	07	____
2- <input type="checkbox"/>	____	____	____	____
3- <input type="checkbox"/>	____	lx de mto	07	____
4- <input type="checkbox"/>	____	____	____	____
5- <input type="checkbox"/>	____	____	____	____

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- <input type="checkbox"/>	____	port. shunt	01	____	____
2- <input type="checkbox"/>	____	abstator	01	____	____
3- <input type="checkbox"/>	____	kit reparo mtr. sul	____	____	____
4- <input type="checkbox"/>	____	al. intide (cospix)	03	____	____
5- <input type="checkbox"/>	____	____	____	____	____

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

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

51 - Observação

51 - Observação _____ _____ _____		
--	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ Dr. Marcus V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ ____
--	---	--

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.