



1 - Registro ANS 355151	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	9 - Validade da Carteira
	PROSAÚDE	

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Louís Fernando da Fonseca	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante	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	21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica

lesão lig. Cruzado Anterior a menisco joelho

Hipótesis Diagnósticas

27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- <input type="text"/>	30733073	Reconstrução lig. cruzado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	30731216	Transposição + des tendão	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	30733065	Reparo menisco	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	30733049	Osteocondroplastia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>		Tx de video	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		banho de shaver	1		
2-		Endo button	1		
3-		Parafuso int. Biobronch	1		
4-					
5-					

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

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--