

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____	
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____			
Dados do Beneficiário 005 000 00 301 93 780			
7 - Número da Carteira ALEXANDRO PEREIRA XAVIER		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
		9 - Atendimento a RN ____	
10 - Nome _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado Dr Rafael Leite de Pinho Tavares	
14 - Nome do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia		15 - Conselho Profissional CRM 23.538	
		16 - Número no Conselho _____	
		17 - UF ____	
		18 - Código CBO _____	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ 2		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HEC	
21 - Data sugerida para internação ____/____/____			
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	
28 - Descrição da Internação DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. paciente com limitação de amplitude de movimento, C			
29 - CID 10 Principal (Opcional) _____		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			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
38 - Qtde Aut			
01- _____	_____	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____
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 PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA			
46 - Data da Solicitação ____/____/____			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Rafael Tavares		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____			