



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 025 046 001	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Paulo Dos Santos Rodrigues Jr.		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 Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM 17905	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17905	18 - UF PR	19 - Código CBO S ____

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01

26 - Indicação Clínica Dor + limitação de movimentos na região da coluna
--

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal M239	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-	30733103	Vings pl. plástica	____	____
2-	____	medicamentos	____	____
3-	____	TV URG	____	____
4-	____	____	____	____
5-	____	____	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-	____	Luneta star p/mob.	____	____	____
2-	____	Rodado fixo fixo	____	____	____
3-	____	____	____	____	____
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 Autorizante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____