

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9		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 ____/____/____	
10 - Nome MARCO AURELIO C.F. JUNIOR						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 _____				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 HEL					
22 - Caráter da Internação E E - Eletiva U - Urgência/Emergência				23 - Tipo de Internação 2 1- Clínica 2- Cirúrgica 3- Obstétrica 4- Pediátrica 5- Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação A 1- Hospitalar 2- Hospital-dia 3- Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01					
26 - Indicação Clínica EMERGENCIA COM LESÃO DO LCA e DO LIGAMENTO ANTERIO LATERAL									
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS									
27 - Tipo Doença A A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A A - Anos M - Meses D - Dias				29 - Indicação de Acidente 0 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) _____			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic	
38 - Qtde. Aut									
1- _____		30733073		LCA				_____	
2- _____		30731216		EMERGENCIA TENSÃO				_____	
3- _____		30726190		LAL				_____	
4- _____		30731216		EMERGENCIA TENSÃO				_____	
5- _____		_____		TAXA VIDEO				_____	
OPM SOLICITADOS									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
44 - Valor Unitário R\$									
1- _____		_____		LAPAROSCOPIA		_____		_____	
2- _____		_____		MIOFASCIOTOMIA		_____		_____	
3- _____		_____		PUNÇÃO INTERF. BIO		_____		_____	
4- _____		_____		PUNÇÃO ENDOTEN		_____		_____	
5- _____		_____		ANCIOLA SUGUENCO		_____		_____	
6- _____		_____		NO ANCA RESISTENCIA		_____		_____	
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 Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 26.517				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____			54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____		