

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

7 - Número da Carteira 0005 000 000 650 565 4	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Mauris Vinicius Jose G. Sanches Filho	11 - Cartão Nacional de Saúde ____	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora ____	13 - Nome do Contratado Uniorle
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17935	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho 17905	17 - UF ____
18 - Código CBO ____	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ ____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ____	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento ____	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica
Tx + instabilidade anterior
Joelho ESX

29 - CID 10 Principal (Opcional) M23.5	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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- _____	307.3	VÍNGO p/ LCA	____	____
02- _____	307.3	TRANSPOSIÇÃO + TENDÃO	____	____
03- _____	307.3	TX VÍNGO	____	____
04- _____	307.3	LAURO SHARP p/ mola	____	____
05- _____	307.3	LAURO SHARP p/ osso	____	____
06- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____
07- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____
08- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____
09- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____
10- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____
11- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____
12- _____	307.3	PLATE ORTOFOTOS	____	____

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 31 03 23	40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	41 - Tipo de Acomodação Autorizada ____
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado ____	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ____	44 - Código CNES ____
45 - Observação / Justificativa ____		
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17935	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____		