

1 - Registro ANS

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - **ROBERTO QUEIROZ**

11 - Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

**JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO**

**CRM**

**28617 PR**

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

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 - Caracter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

**2**

**PO DE PROTESE TOTAL D E JOELHO DIR  
COM GRAVE RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO E DOR**

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)

**M17**

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
	<b>30703090</b>	<b>LIBERAÇÃO DE ATROFIBROSE</b>		
01-	<b>30733103</b>	<b>RELEASE DE PATELA</b>		
02-		<b>TX DE VIDEO</b>		
03-				
04-				
05-		<b>LAMINA DE SHAVER</b>	<b>1</b>	
06-		<b>RADIOFREQUENCIA</b>	<b>1</b>	
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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

**Dr. Joao Paulo F. Guerreiro**

**Ortopedia e Traumatologia**

**CRM/PR 28617**