

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 0 0 5 0 0 0 0 1 4 3 3 0 2 1 3	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
---	--	------------------------------

10 - Nome Maria da Glória Saza Oliveira	11 - Cartão Nacional de Saúde _____
--	--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
-----------------------------------	----------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Cirurgião e Traumatologista CRM 17915	15 - Conselho Profissional ____	16 - Número no Conselho 1 7 9 0 5	17 - UF ____	18 - Código CBO ____
--	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------	-------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Mater Dei	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
--	---	--

22 - Caráter do Atendimento U	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0 3	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--

28 - Indicação Clínica Artrose séptica por PTJ. fêmur esquerdo.
--

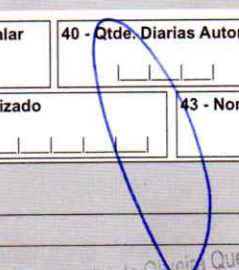
29 - CID 10 Principal (Opcional) M 2 3 9	30 - CID 10 (2) (Opcional) ____	31 - CID 10 (3) (Opcional) ____	32 - CID 10 (4) (Opcional) ____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____
---	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	3 0 7 2 6 0 1 8	Limpeza - Artrose séptica	0 1	____
02- _____	3 0 7 1 0 0 4 9	Retirada de esparader (toca)	0 1	____
03- _____	_____	_____	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	material:	____	____
06- _____	_____	Esparader articulado	0 1	____
07- _____	_____	Curativo especial - prevenção	0 1	____
08- _____	_____	Cimento com antibióticos	0 3	____
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 _____
--	--	---	--