

1 - Registro ANS 31.292-4		3 - Data da Autorização ____/____/____		4 - Senha ____		5 - Data Validade da Senha ____/____/____		6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	
Dados do Beneficiário						8 - Plano Saúde CAIXA		9 - Validade da Carteira ____/____/____	
7 - Número da Carteira 0101062 71800 10-48						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____			
10 - Nome Leonardo Oliveira									
Dados do Contratado Solicitante						13 - Nome do Contratado ____		14 - Código CNES ____	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____						16 - Conselho Profissional ____		17 - Número no Conselho ____	
15 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Daniel						18 - UF ____		19 - Código CBO S ____	
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação						21 - Nome do Prestador ____			
20 - Código na Operadora / CNPJ ____									
22 - Caracter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica							
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtd. Diárias Solicitadas 01							
26 - Indicação Clínica lesão lcs/mbrisco/condução joelho esq									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 10 D A-Anos M-Meses D-Dias				29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal S33		31 - CID 10 (2) ____		32 - CID 10 (3) ____		33 - CID 10 (4) ____			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtd. Solic 38 - Qtd. Aut	
1- 30B3013		30B3013		reconstrução lcs				01	
2- 30B1216		30B1216		imobilização joelho				01	
3- 30B3065		30B3065		reparo mbrisco				01	
4- 30B3020		30B3020		condroplastia				01	
5- 30B3020		30B3020		rx de joelho				01	
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtd. 43 - Fabricante		44 - Valor Unitário R\$	
1- 30B3013		30B3013		phs toggleloc		01		01	
2- 30B3013		30B3013		phs inter ABloccial		02		02	
3- 30B3013		30B3013		phs shims		01		01	
4- 30B3013		30B3013		phs abductor		01		01	
5- 30B3013		30B3013		kit reparo mbrisco		03		03	
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		46 - Qtd. Diárias Autorizadas ____		47 - Tipo de 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. Marcus V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho PR 18.734					53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____				
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____									