



1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 11/11/11	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha 11/11/11

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 888 875 5 000 35 002	8 - Validade da Carteira 11/11/11	9 - Atendimento a RN
10 - Nome LEONI ALVES NEVES	11 - Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado		
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 UNIOESTE	21 - Data Sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação LA
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de Uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica LESÃO OSSEO CASAL NO JOELHO C/ TRATAMENTOS e SINOVITE (ESQ)

29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	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	304133049	OSTEOCALCINOLUSIA	01	
02	304133090	SINOVECTOMIA	01	
03	307A3137	PUNÇÃO ARTICULAR	01	
04		PLATA VIDE	01	
05				
06		1 LAMA SHAPER		
07		1 RADIOFREQUENCIA		
08		1 LAMPA ALI. HYALURONICA		
09		DOSE UNICA		
10				
11				
12				

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 11/11/11	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			
Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia			

46 - Data da Solicitação 11/11/11	47 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------------	---	--	---