

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
<b>Dados do Beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira <b>0865 0001 775 232003</b>		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____		10 - Nome <b>Aparecido Rodrigues</b>		
11 - Cartão Nacional de Saúde _____				
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado <b>Uniorle</b>		
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional _____		
16 - Número no Conselho <b>17 905</b>		17 - UF ____		
18 - Código CBO _____				
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>				
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 <b>03</b>		
26 - Previsão de uso de OPME ____		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____		
28 - Indicação Clínica <b>Dart Deformidade em varo Joelho Dr S/ melhora y Ho Chínure</b>				
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M179</b>		30 - CID 10 (2) (Opcional) _____		
31 - CID 10 (3) (Opcional) _____		32 - CID 10 (4) (Opcional) _____		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____				
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	<b>30726034</b>	<b>Artroplastia total</b>	_____	_____
02- _____		<b>Joelho Dr</b>	_____	_____
03- _____			_____	_____
04- _____			_____	_____
05- _____			_____	_____
06- _____			_____	_____
07- _____			_____	_____
08- _____			_____	_____
09- _____		<b>Dr prótese total</b>	_____	_____
10- _____		<b>Joelho Dr importada</b>	_____	_____
11- _____			_____	_____
12- _____			_____	_____
<b>Dados da Autorização</b>				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		41 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>Zimmer</b>
42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		44 - Código CNES _____
45 - Observação / Justificativa _____				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>[Assinatura]</b>
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____				