

1- Registro ANS <b>338648</b>		3- Data da Autorização / /		4- Senha		5- Data Validade da Senha / /		6- Data de Emissão da Guia / /	
Dados do Beneficiário									
7- Número da Carteira <b>10 58 90 801</b>						8- Plano <b>SANESAÚDE</b>		9- Validade da Carteira / /	
10- Nome <b>Magda Op. Dutra Gomes</b>						11- Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /			
Dados do Contratado Solicitante									
12- Código na Operadora / CNPJ / CPF / / /				13- Nome do Contratado <b>União</b>				14- Código CNES / /	
15- Nome do Profissional <b>Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905				16- Conselho Profissional <b>CRM</b>		17- Número no Conselho <b>17905</b>		18- UF <b>PR</b>	
19- Código CBO S / /									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20- Código na Operadora / CNPJ / / /				21- Nome do Prestador / / /					
22- Caráter da Internação <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência				23- Tipo de Internação <b>2</b> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica					
24- Regime de Internação <b>1</b> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25- Qtde. Diárias Solicitadas <b>04</b>					
26- Indicação Clínica <b>Dor + limitações pl. N.D.S. melhora CI 1º e 2º membros</b>									
Hipóteses Diagnósticas									
27- Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias		29- Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros					
30- CID 10 Principal <b>M23.2</b>		31- CID 10 (2) / /		32- CID 10 (3) / / /		33- CID 10 (4) / / / /			
Procedimentos Solicitados									
34- Tabela		35- Código do Procedimento		36- Descrição				37- Qtde. Solicit. 38- Qtde. Aut.	
1- / /		/ /		VIAJO pl. membro				/ /	
2- / /		3073 3065		VIAJO pl. ombro e condylo				/ /	
3- / /		3073 3049		TX VIAJO				/ /	
4- / /		/ /		/ /				/ /	
5- / /		/ /		/ /				/ /	
OPM Solicitados									
39- Tabela		40- Código do OPM		41- Descrição OPM		42- Qtde. 43- Fabricante		44- Valor Unitário R\$	
1- / /		/ /		Cunha shtar pl. mto		/ /		/ /	
2- / /		/ /		Rachos pro pto		/ /		/ /	
3- / /		/ /		KIT shtar RAZ mto (02)		/ /		/ /	
4- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
5- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
Dados da Autorização									
45- Data Provável da Admissão Hospitalar / / /				46- Qtde. 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 / / / / <b>Alexandre de Oliveira Queiroz</b> Ortopedista CRM/PR 17905									
53- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável / / / / <b>Magda Op. Dutra Gomes</b>					54- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização / / / /				