

*PATWCA*

99120.3870

|  |  |   |                                |
|--|--|---|--------------------------------|
| 1 - Registro ANS   |  | 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                                     |  | 8 - Validade da Carteira                                    |                                |
| 9 - Atendimento a RN                                       |  |   |                                |
| 10 - Nome  |  | 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                    |                                |
| 21 - Data sugerida para internação                         |  |   |                                |
| 22 - Caráter do Atendimento                                | 23 - Tipo de Internação                          | 24 - Regime de Internação                                   | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| 26 - Previsão de uso de OPME                               | 27 - Previsão de uso de quimioterápico           |   |                                |
| 28 - Indicação Clínica                                     |  |   |                                |
| 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                |
| 01.  | 3073.307.3                                       | INVA h/dop  | 01                             |
| 02.  | 3073.307.3                                       | Clavícula   | 01                             |
| 03.  | 3073.12.10                                       | Hombro  | 01                             |
| 04.  | 3073.40.45                                       | osteocondroplastia  | 01                             |
| 05.  |  |   |                                |
| 06.  |  |   |                                |
| 07.  |  |   |                                |
| 08.  |  | Endoprótese   | 01                             |
| 09.  |  | parafuso  | 01                             |
| 10.  |  | Shaver  | 01                             |
| 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 CHES   |  |   |                                |
| 45 - Observação / Justificativa                            |  |   |                                |
| 46 - Data da Solicitação                                   |  |   |                                |
| 47 - Assinatura do Profissional Solicitante                |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |                                |
| 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização            |  |   |                                |

*Dr. Roberto G. Gasparelli*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389