

1 - Registro ANS 343269		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 0005 000 00 59841420		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome Social				
10 - Nome Joao Victor Funeira				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante Orlin Motos		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 21619		17 - UF M		
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 U		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 Lesões tendões extensor + fxt along				
29 - CID 10 Principal (Opcional) S66		30 - CID 10 (2) (Opcional) S66.3		
31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)		
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	3037.2411	Ho fxt along	01	
02	3037.2411	temp plntr	01	
03	3037.2411			
04	3037.2411			
05				
06				
07				
08				
09				
10				
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 CNES				
45 - Observação / Justificativa				
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Carlos Eduardo Motos Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 21679		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Joao Victor Funeira		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		