

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

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

005 000 00 353 097 52

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Alcandre MENONCI

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. D. Nicol

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

União

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

feno vifo pelb (vie) / intra lateral +
otocardioma

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

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- | 30733 79 | OTECORNDUPITO | 01 | |
| 02- | 30733 57 | OTECORNDUPITO | 01 | |
| 03- | 30733 20 | OTECORNDUPITO | 01 | |
| 04- | 30733 21 | OTECORNDUPITO | 01 | |
| 05- | | OTECORNDUPITO | | |
| 06- | | OTECORNDUPITO | | |
| 07- | 99999 43 | plus chumbit | 01 | |
| 08- | | plus chumbit | 06 | |
| 09- | | plus chumbit | 01 | |
| 10- | | plus chumbit | | |
| 11- | 7199 2243 | EMERG (otico) | 02 | |
| 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

Dr. Marcus V. Nicol

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM/PR 13.734

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização