

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social
MANOEL APARECIDO DO NASCIMENTO

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado

CRM

19475 PR

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 - Caracter 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

fratura-luxação cotovelo D (radio e ulna)

28 - Indicação Clínica
NECESSITANDO TRATAMENTO CIRURGICO

a

5 d

M77.1

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

Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- 3.07.19.10-0

Artroplastia com implante - tratamento cirúrgico

02- 3.07.20.09-5

Fratura e/ou luxações (Incluindo descolamento epi! sário
cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico

03- 3.07.20.09-5

placa BLOQUEADA OLECRANO/parafusos

04- 3.07.20.09-5

placa minimicrofragmentos/parafusos

05- 3.07.20.09-5

protese cabeça radio

06- 3.07.20.09-5

07- 3.07.20.09-5

08- 3.07.20.09-5

09- 3.07.20.09-5

10- 3.07.20.09-5

11- 3.07.20.09-5

12- 3.07.20.09-5

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. Daniel F. F. Vieira

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 9918

46 - Data da Solicitação

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização