



1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização 	4 - Senha 	5 - Data Validade da Senha 	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-----------------------------	---------------	--------------------------------	---------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
032.320014	PROSAÚDE	1/1 1/1 1/1

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados de Contratação Solicitação / Dados da Interação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
---------------------------------	------------------------

22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação
E - Eletiva U - Urgência/Emergência	1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica	2	1	2
FRATURA UMERÓ PROXIMAL esq			

Hipótesis Diagnósticas

27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros

A	B	C	D
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)

Procedimientos Solicitados

34 - Item	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1-				
2-	30717108	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões	1	
3-	3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível do ombro	1	
4-	30717019	ARTROTOMIA OMBRO	1	
5-				

OPM Solicitados


39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		PLACA BLOQUEADA PARA OMBRO PROXIMAL #NOME? PARA FUSOS.			
2-					
3-					
4-					
5-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador autorizado	50 - Código CNES
---------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <div style="text-align: center;">  Dr. Daniel F. Vieira Otorrinolaringologista CRM/PR 19475 TLOT 9948 </div> <div> ____/____/____ </div>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <div> ____/____/____ </div>	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <div> ____/____/____ </div>
---	---	--