

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

0 / / / /

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

/ / / /

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0 8 6 5 0 0 0 0 3 2 7 2 1 8 1 0 6

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Leandro Henrique Lemos de Pinho Gonçalves

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo C. F. Martins
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22.343

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

2 2 3 4 3

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

ⓔ

Le Plano grande flexural liso

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- | 3072922-0 | FTO de Le Plano | 01 | |
| 02- | 30731127 | Templado de Tondos | 01 | |
| 03- | | | | |
| 04- | | | | |
| 05- | | | | |
| 06- | | | | |
| 07- | | | | |
| 08- | | | | |
| 09- | | | | |
| 10- | | | | |
| 11- | | | | |
| 12- | | | | |
| | | Parafuso braço stop | 01 | |

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização