

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 00050000003732625		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN ____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
10 - Nome do Beneficiário MARCO ANTONIO GONZALEZ MORAES			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____	
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		16 - Número no Conselho 19475 PR	
15 - Conselho Profissional CRM		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 ____/____/____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____	
22 - Caráter do Atendimento U	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2
26 - Previsão de uso de OPME _____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____	
28 - Indicação Clínica fratura-luxação cotovelo D NECESSITANDO TRATAMENTO CIRURGICO E + NEUROLISE NERVO ULNAR D POR NEUROPRAXIA a 1 d			
29 - CID 10 Principal (Opcional) M77.1		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- _____	3.07.19.10-0	Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico	_____
02- _____	3.07.19.04-6	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico	_____
03- _____	3.14.03.28-0	Neurolise das síndromes compressiva	_____
04- _____	3.07.19.02-0	Artroplastia com implante - tratamento cirúrgico	_____
05- _____	_____	_____	_____
06- _____	_____	placa BLOQUEADA minimicrofragmentos + parafusos	1
07- _____	_____	parafuso de herbert	2
08- _____	_____	prótese da cabeça do radio	1
09- _____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____		44 - Código CNES _____	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____	
45 - Observação / Justificativa _____ _____ _____			
46 - Data de Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Daniel F. Vieira CRM/PR 19475 TEOT 9918	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	