

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
		9 - Atendimento de RN	
50 - Nome Social Rita Maria B. Fernandes			
10 - Nome			
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS A S CARMEIRO		15 - Conselho Profissional	
		16 - Número do Conselho	
		17 - UF	
		18 - Código CBO	
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hosp Evangélico	
		Dr. Carlos Carmeiro Médico CRM/PR 29716	
22 - Caráter do Atendimento elet		23 - Tipo de Internação	
		24 - Regime de Internação Hosp	
		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
		26 - Previsão de uso de OPME	
		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
21 - Data sugerida para internação			
28 - Indicação Clínica Lúcio do manguto rotada ombro direito			
29 - CID 10 Principal (opcional) M75.1		30 - CID 10(2) (opcional)	
		31 - CID 10(3) (opcional)	
		32 - CID 10(4) (opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	
1- [ ]	[3][0][7][3][5][0][6][0]	Repasse do manguto rotado	
2- [ ]	[3][0][7][3][5][0][3][3]	Arcomioptose	
3- [ ]	[3][0][7][3][5][0][9][2]	Tendinite cotovelo longo braço	
4- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
5- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
6- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
7- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Ancora 2.9 articular	
8- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Staveler	
9- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	eletrocardiograma monopolar	
10- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	condução	
11- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	gase flexível pr sutura	
12- [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
		37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
		[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
<b>Dados da autorização</b>			
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas	
		41 - Tipo de Acomodação autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação 10/08/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Carlos Carmeiro Médico CRM/PR 29716	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	