

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

0005 000 000 95 21 537

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

monuella de Andrade Ribeiro

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 22343

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

U

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Fratura de Torçãola com  
fio de Sanderuero e ligamento

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S939

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- 3072	8126	Trat de Fratura de Torçãola	01	
02- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola	01	
03- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
04- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
05- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
06- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
07- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
08- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
09- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
10- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
11- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		
12- 3072	8142	Trat de fratura de Torçãola		

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