

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

865 000 327 26 70 18

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Cristine Aparecido de Carvalho Sobral

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

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

15 CAL

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

paciente com dor no maxilar esquerdo
radioproprio morte desgarro do políctileno
e morte ossa supra orbitária

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M69.1

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	30724279	unidade de auto plastia do maxilar		
02	30725151	osteotomia do fevur.		
03				
04				
05		composto de titânio e tentado		
06		linhas em polietileno cross link		
07		colares em cerâmica		
08		colares de aço		
09		haste femoral de metal tipo wagner	03	
10		4 orthoss block (mixto sintético)		
11				
12				

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

Dr. Mauricio R. Miyasaki
CRM/PR 24650

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Cristine Sobral

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização