

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

005.000000 483945 8

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome

Isidro Kenzo Paschoalini

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_\_\_

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

\_\_\_\_\_

13 - Nome do Contratado

\_\_\_\_\_

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. Daniel

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

União

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_

28 - Indicação Clínica

lesão de pte de pel na

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-	30B3103	monitore LPM	01	___
02-	30B3216	amplificação de voz	01	___
03-	30B33049	osteodensitometria	01	___
04-		rx de raios	01	___
05-			___	___
06-		minimizar	02	___
07-			___	___
08-		post. shaver	01	___
09-			___	___
10-			___	___
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

Dr. Marcus V. Danieli  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

\_\_\_\_\_

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_\_