

- Registro ANS 3.432.69		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
- Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____			
Dados do Beneficiário		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9 - Atendimento a RN ____	
7 - Número da Carteira 000.5000.00.0233.4282					
50 - Nome Social Anne Gabrielle Balans Rezende					
10 - Nome _____					
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 5 PR	
				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 ____		23 - Tipo de Internação ____		24 - Regime de Internação ____	
		25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____		26 - Previsão de uso de OPME ____	
				27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	
28 - Indicação Clínica 4 2 1 2 FRATURA DIAFISE DISTAL UERO D, SLOTURA DA PLACA NECESSITANDO RETIRADA E NOVA OSTEOSSINTESE,					
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		36 - Descrição		37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut	
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial					
01- _____		_____		_____	
02- _____		_____		_____	
03- _____		_____		_____	
04- _____		_____		_____	
05- _____		_____		_____	
06- _____		_____		_____	
07- _____		_____		_____	
08- _____		_____		_____	
09- _____		_____		_____	
10- _____		_____		_____	
11- _____		_____		_____	
12- _____		_____		_____	
Dados da Autorização		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		_____		____	
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 Beneficiário ou Responsável Dr. Daniel F. F. Vieira CRM/PR 19475 TEOT 9918		48 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	