

Leandro

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

005000000 373 6957

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Dolva G. Basso

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

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Unioptor

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

*Exame físico normal e secundário
pelos E.*

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		<i>Exame físico</i>	<i>01</i>	
02		<i>Exame de audição</i>	<i>01</i>	
03		<i>Exame de visão</i>	<i>01</i>	
04		<i>Exame de equilíbrio</i>	<i>01</i>	
05		<i>Exame de reflexos</i>	<i>01</i>	
06		<i>Exame de sensibilidade</i>	<i>01</i>	
07		<i>Exame de força muscular</i>	<i>01</i>	
08		<i>Exame de coordenação motora</i>	<i>01</i>	
09		<i>Exame de marcha</i>	<i>01</i>	
10		<i>Exame de postura</i>	<i>01</i>	
11		<i>Exame de equilíbrio postural</i>	<i>01</i>	
12		<i>Exame de sensibilidade tátil</i>	<i>01</i>	

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. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.428 TEO 15.389*

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização