Dados do Beneficiário 7- Número da Carteria 10- Nome 10- Nome 10- Nome 10- Nome 10- Nome do Profissione Solicitante 12- Código na Operadora / CNPJ / CPF 13- Nome do Contratado 15- Nome do Profissione Alexandra de Oliveira Queitro 15- Nome do Profissione Alexandra de Oliveira Queitro 15- Nome do Profissione Alexandra de Oliveira Queitro 15- Nome do Profissione Alexandra de Internação 16- Conselho 16- Conselho 17- Nome do Prestador 18- Pira 18- Conselho 18- Pira 18- Pira 18- Conselho	ESAÚDE 11-	ha 6- Validade da Carteira Número do Cartão I Número no Conselho		
Pados do Beneficiário - Número da Carteira 9	ESAÚDE 11-	Número do Cartão	18- UF	14- Código C
- Nome do Contratado Solicitante 2- Código na Operadora / CNPJ / CPF 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Profissigna Resanding e Oliveira Quelto 2 5- Nome do Prestador 23- Tipo de Internação 24- Colinça 3 - Olostétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 2 25- Citide Diarias Solicitadas 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 1 - La - Aguda C - Crônica 2 1 - Linica 2 - Cirúrgica 3 - Olostétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 2 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29- indicação de Acidente ou doença CID 10 Principal 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (5) 33- CID 10 (6) 33- CID 10 (7) 33-	ESAÚDE 11-	Número do Cartão	18- UF	14- Código C
0- Nome Mados do Contratado Solicitante 2- Código na Operadora / CNPJ / CPF 13- Nome do Profission Alexandía de Oliveira Quelifo 5- Nome do Profission Alexandía de Contratado 16- Conselho CRY 21- Nome do Prestador 23- Tipo de Internação 21- Nome do Prestador 23- Tipo de Internação 24- Ciclica 2 - Circirgia 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Regime de Internação 25- Citide Diárias Solicitadas 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 25- Citide Diárias Solicitadas 1 - Anos M - Meses D - Dias 1 - Acidente ou doença 1 - Anos M - Meses D - Dias 1 - Acidente ou doença 1 - Acidente ou doença 1 - Acidente ou doença 2 - Acidente ou doença 3 - Acidente o	ESAÚDE 11-	Número do Cartão	18- UF	14- Código C
ados do Contratado Solicitante 2- Código na Operadora / CNPJ / CPF 3- Nome do Profission Alexandria de Diluveira Quelro I 13- Nome do Contratado Ortoveira CRIMPR 17905 ados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 1- Código na Operadora / CNPJ / CPF 23- Tipo de Internação 21- Nome do Prestador 21- Clínica 2 - Cirirgica 3 - Obstétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 22- Citica 2 - Cirirgica 3 - Obstétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 23- Tipo de Internação 24- Ciúnica 2 - Cirirgica 3 - Obstétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 25- Citica Diarias Solicitadas 25- Citica Diarias Solicitadas 26- Citica Diarias Solicitadas 27- A - Annos M - Meses D - Dias 10 - Acidente ou doença Referida pelo Paciente 29- Indicação de Acidente ou doença 23 - Ciclip 10 Principal 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 22- CID 10 (4) 23- CID 10 (4) 25- CID 10	ofissional 17- No	úmero no Conselho	18- UF	14- Código C
ados do Contratado Solicitamie 2. Código na Operadora / CNPJ / CPF 5- Nome do Profissignativa anticado o contratado 3- Código na Operadora / CNPJ / CPF 5- Nome do Profissignativa anticado o contratado solicitado / Dados da Internação 1- Código na Operadora / CNPJ / CPF 3- Nome do Prestador 21- Nome do Prestador 22- Cinírgica 3 - Obstétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 23- Citico 2 - Cinírgica 3 - Obstétrica 4 - Pediatrica 5 - Regime de Internação 24- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 25- Citide. Diárias Solicitadas 25- Citide. Diárias Solicitadas 26- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29- Indicação de Acidente 29- Indicação de Acidente ou doença CID (0 Principal 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 32- CiD (4) 32- CID (5) 33- CID (6) 33- CID (6) 34- CID (6	ofissional 17- No	úmero no Conselho	18- UF	14- Código C
2- Código na Operatora / CNPJ / CPF 5- Nome do Profissigi: Alexandría De oliveira Queiro: 5- Nome do Profissigi: Alexandría De oliveira Queiro: Compri 17905 ados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 16- Conselho Corigo na Operadora / CNPJ 23- Tipo de Internação 24- Nome do Prestador 25- Otido na Operadora / CNPJ 25- Otido na Operadora / CNPJ 26- Otido na Operadora / CNPJ 27- Tipo de Internação 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29- Indicação Clínica 10- Acidente ou doença 20- Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29- Indicação de Acidente 29- Indicação Clínica 29- Indicação Otinica 29- Indicação Otinica 20- Acidente ou doença 20- Descrição 20- Acidente ou doença 20- Descrição OPM 20- Acidente ou doença 20- Acidente ou doença 20- Descrição OPM 20- Acidente ou doença 20- Acidente ou doença 20- Acidente ou doença 20- Acidente				
5-Nome do Profissigo: Albandria de Oliveita Queiroz Oracedida Orac				
Solicitados Tabela 35- Código do Procedimento Solicitados Tabela 35- Código do Procedimento Solicitados Tabela 40- Código do Procedimento Solicitados Tabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 15- Conselho Contratado Solicitado / Dados da Internação 23- Tipo de Internação 23- Tipo de Internação 24- Cifriça 2 - Cifrigica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Regime de Internação 25- Citide Diárias Solicitadas 1 - Hospitaiar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 1 - Lospitaiar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 1 - A - Aguda C - Crônica 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29- Indicação de Acidente 29- Indicação de Acidente 29- Indicação de Acidente 20- Acidente ou doença 20- Citide Solicitados 20- A - Aguda C - Crônica 20- A - Aguda C - Crônica 20- A - Aguda C - Crônica 21- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 23- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 23- CID 10 (4) 23- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 24- Aguda C - Crônica 25- Citide Diárias Solicitados 26- Descrição OPM 28- Cidigo do OPM 29- Nome do Prestador Autorizado				
ados do Contratado Solicitado / Dados da Internação Código na Operadora / CNPJ 23- Tipo de Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência 23- Tipo de Internação 24- Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-día 3 - Domicillar Indicação Clínica 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29- Indicação de Acidente 1 - A - Anos M - Meses D - Días 1 - Acidente ou doença CID 10 Principal 23- CID 10 (2) 23- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 35- Cadigo do Procedimento 36- Descrição 36- Descrição 37- Cidigo do OPM 41- Descrição OPM 41- Descrição OPM 41- Descrição OPM 42- Nome do Prestador Autorizado				10 Cádigo C
ados do Contratado Solicitado / Dados da Internação Código na Operadora / CNPJ Caráter da Internação E- Eletiva U - Urgência/Emergência P- Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar Indicação Clínica 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente DA - Aguda C - Crônica DA - A) \ \lambda	7907		13- Coulgo C
Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar Indicação Clínica 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente J - Autorização 29- Indicação de Acidente 29- Indicação de Acidente 29- Indicação de Acidente 32- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 23- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 34- Descrição OPM 41- Descrição OPM 41- Descrição OPM 49- Nome do Prestador	- ALC (A)			
Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência Regime de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Regime de Internação 25- Otde. Diárias Solicitadas 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar Indicação Clínica 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1 - A - Anos M - Meses D - Dias 1 - A - Anos M - Meses D - Dias 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Diárias Solicitadas 1 - A - Anos M - Meses D - Dias 1 - A - Anos M - Meses D - Dias 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Diárias Solicitadas 1 - A - Anos M - Meses D - Dias 3 - CID 10 (3) 3 - CID 10 (4) 3 - CID 10 (3) 3 - CID 10 (4) 3 - CID 10 (4) 3 - CID 10 (5) 3 - CID 10 (6) 3 - CID 10 (7) 4 - Descrição OPM 4 - Descrição OPM 4 - Descrição OPM 4 - Otde. Diárias Autorizadas 4 - Tipo de Acomodi 4 - Nome do Prestador Autorizado	And the Page			
E. Eletiva U - Urgência/Emergência 1 - Cilínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar Indicação Clínica 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1 - A - Anos M - Meses D - Dias 1 - Acidente ou doença 1 - Descrição 1 - Descrição 1 - Descrição OPM 1 - Descrição OPM 4 - Descrição OPM 4 - Descrição OPM 4 - Descrição OPM 4 - Pediátrica 5 - Pediátrica 5 - Otide Diárias Autorizado 4 - Pediátrica 5 - Otide Diárias Autorizado 4 - Pediátrica 5 - Otide Diárias Autorizado				
E - Eletiva U - Urgência/Emergência				
A - Aguda C - Crónica				
Solicitados a da Autorização a la Provável da Admissão Hospitalar A Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar A - Aguda C - Crónica B - A - Anos M - Meses D - Dias B - Descrição 32 - CID 10 (3) 33 - CID 10 (4) 32 - CID 10 (3) 33 - CID 10 (4) 34 - Descrição Solicitados Solicitados A - Código do OPM A - Descrição A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Autorização A - Autorização A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Autorização A - Autorização A - Anos M - Meses D - Dias A - Anos M - Meses D - Dias A - Anos M - Meses D - Dias A - Autorização A - Aut	quiátrica			
Indicação Clínica Control Contr				
Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Aguda C - Crônica 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 29- Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 34- Descrição 36- Descrição 36- Descrição 41- Descrição OPM	^			
Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Aguda C - Crônica 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 29- Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 34- Descrição 36- Descrição 36- Descrição 41- Descrição OPM	DCS		2 1 1	O)
Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1	00	V) (1	NP	¥_
Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1	1	1		
Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Aguda C - Crônica 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 34- Aguda C - Crônica 35- Cidigo do Procedimento 36- Descrição 36- Descrição 36- Descrição OPM 41- Descrição OPM	MAL			
Tipo Doença 28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Aguda C - Crônica 31- CID 10 (2) 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 29- Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença 32- CID 10 (3) 33- CID 10 (4) 33- CID 10 (4) 34- Descrição 36- Descrição 36- Descrição 41- Descrição OPM		<u> </u>		
A - Aguda C - Crônica 31 - J A - Anos M - Meses D - Dias 0 - Acidente ou doença 20 - 10 Principal 31 - CID 10 (2) 32 - CID 10 (3) 33 - CID 10 (4) 2 3 - 2				
CID 10 Principal 31- CID 10 (2) Cedimentos Solicitados Tabela 35- Código do Procedimento 36- Descrição 1 30 73 30 49 1 Solicitados Tabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 41-	arasa aras aras aras aras			
cedimentos Solicitados Tabela 35- Código do Procedimento 36- Descrição 1 3073 3065 1 Solicitados Tabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 2 Solicitados Tabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 41- Descrição OPM 41- Descrição OPM 42- Nome do Prestador Autorizado 43- Nome do Prestador Autorizado	acionada ao trabalho	1 - Trânsito 2 - Ou	tros	
Tabela 35- Código do Procedimento 36- Descrição 41- Descrição 41- Descrição OPM 42- Nome do Prestador Autorizado				
30733065 I Solicitados Tabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM Adutorização Ista Provável da Admissão Hospitalar Ade Otde. Diárias Autorizadas 47- Tipo de Acomodi 49- Nome do Prestador Autorizado				
Solicitados Solicitados Sobela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 42- Descrição OPM 43- Descrição OPM 44- Descrição OPM 44- Descrição OPM 45- Nome do Prestador Autorizado 48- Nome do Prestador Autorizado				
Solicitados Solic			37- Qtde. Solid	ct. 38- Qtde. A
A Solicitados Fabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 41- Descriç	1.0.1.		37- Qtde. Solid	ct. 38- Qtde. A
I Solicitados Fabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 41- Descriç	WW	W	37- Qtde. Solid	
Fabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 41- De	WUIS	W 1	37- Otde. Solid	et. 38- Qtde. A
Fabela 40- Código do OPM 41- Descrição OPM 42- Nome do Prestador Autorizado	WWS POCO	rond	37- Otde. Solid	
s da Autorização ata Provável da Admissão Hospitalar / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	WWS En Con	nongli	37- Otde. Solid	
s da Autorização ata Provável da Admissão Hospitalar /	WWJ ED COI	norph	37- Otde. Solid	
s da Autorização ata Provável da Admissão Hospitalar /	P) CO) 2- Qtde. 43- Fabrica	norph	37- Qtde. Solid	
is da Autorização viata Provável da Admissão Hospitalar viata Provável	PICOV	norph	200	
s da Autorização ata Provável da Admissão Hospitalar /	PICOV	norphinte pl	200	
ata Provável da Admissão Hospitalar 46- Qtde. Diárias Autorizadas 47- Tipo de Acomodi	Po Con 2- Qtde. 43- Fabrica	rongli	200	
ata Provável da Admissão Hospitalar 46- Qtde. Diárias Autorizadas 47- Tipo de Acomodi	PCOV	norphinte ph	200	
ódigo na Operadora / CNPJ 49- Nome do Prestador Autorizado	Po Col 2- Qtde. 43- Fabrica	norphinte p/	200	
A North State (Catalog Autorization	Po Cov 2- Otde. 43- Fabrica Was 2	norphinte pl	200	
A North Star (Costado) Autorizado	MAZ	norph inte	200	
	MAZ	norph inte	200	
No. of the Control of	MAZ	norph Inte ph	44- Valor Unitari	
bservação	MAZ	norph inte	44- Valor Unitari	o R\$
	MAZ	norphinte ph	44- Valor Unitari	o R\$
	MAZ	norph inte ph	44- Valor Unitari	o R\$
	MAZ	rongle inte	44- Valor Unitari	o R\$
	MAZ	rongle inte D M	44- Valor Unitari	o R\$

Rua Ébano Pereira, 309 - Curitiba - PR - CEP 80.410-240 - Fone: (41) 3307-9191 - Fax (41) 3307-9199 - www.fundacaosanepar.com.br

Ortopedista CRM/PR 17905